



Registro de Vacunación de Wyoming Formulario de Exclusión voluntaria



Stefan Johansson
Director

Mark Gordon
Gobernador

El Registro de Vacunación de Wyoming (WyIR, por sus siglas en inglés: *Wyoming Immunization Registry*) es un sistema informático confidencial basado en la población que recoge y mantiene los datos de vacunación de los residentes de Wyoming de todas las edades, comunicados o enviados por los proveedores de servicios de salud de Wyoming que administran vacunas. El WyIR incluye herramientas de análisis de datos que la División de Salud Pública del Departamento de Salud de Wyoming (*Wyoming Department of Health, Public Health Division*) utiliza para diseñar y mantener estrategias de vacunación eficaces a fin de prevenir enfermedades y reducir los costos de la atención médica. Los proveedores de servicios de salud inscritos pueden informar al WyIR de las vacunas que los pacientes han recibido en el pasado, así como revisar cualquier vacuna recomendada durante una consulta médica. Los proveedores de servicios de salud inscritos también pueden imprimir los registros de vacunación de los residentes en Wyoming desde el WyIR. La información que se proporcione en la solicitud de exclusión, como el nombre, la fecha de nacimiento y otros datos demográficos del paciente deberá conservarse para fines de seguimiento. La información sobre vacunación que se encuentra en el WyIR deberá mantenerse sin referencias que permita la identificación de la persona en formato agregado.

La información contenida en el WyIR solamente podrá utilizarse y revelarse en la forma permitida o exigida por la legislación estatal y federal, incluida la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés: *Health Insurance Portability and Accountability Act*).

Conforme a la legislación de Wyoming, usted tiene derecho a dar de baja del WyIR en cualquier momento de manera voluntaria su información de vacunación o la de su(s) hijo(s) o dependiente(s). Si decide dar de baja su información de vacunación suya o la de su(s) hijo(s) o dependiente(s), usted es responsable de conservar sus registros de vacunación o los de su(s) hijo(s) o dependiente(s). IMPORTANTE: el WyIR funciona con una función de búsqueda. Los usuarios del sistema tienen que buscar y encontrar alguien en WyIR antes consultar o actualizar su registro. Los datos demográficos de los pacientes, como nombre, apellido(s) y fecha de nacimiento, se conservan en el WyIR para dar seguimiento al estado de exclusión voluntaria. En el WyIR, la información de vacunación se anonimiza y se mantiene en forma agregada.

Información del paciente: escriba en letra de molde de manera clara.

NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

APELLIDO(S): _____ NOMBRE DE SOLTERA/OTROS NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: FEMENINO ☐ MASCULINO ☐

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____

DIRECCIÓN POSTAL (Si es diferente de la dirección residencial): _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____



Registro de Vacunación de Wyoming Formulario de Exclusión voluntaria



Stefan Johansson
Director

Mark Gordon
Gobernador

Al firmar este formulario de Exclusión voluntaria, confirmo que soy la persona o el padre, la madre o tutor de la persona arriba mencionada. Elijo que mi información de vacunación/la información de vacunación de mi(s) hijo(s) sea excluida del WyIR. Puedo seguir recibiendo vacunas para mí/mi(s) hijo(s) de mi proveedor de servicios de salud aunque la información de vacunación esté excluida de WyIR.

(Escriba en letra de molde) Nombre completo de la persona o del padre, la madre o tutor

Firma de la persona o del padre, la madre o tutor

Fecha

Es su responsabilidad enviar este formulario con una identificación por correo, fax o correo electrónico a:

Wyoming Department of Health
Immunization Unit
122 West 25th Street, 3rd Floor West
Cheyenne, WY 82002
Fax 307-777-3615
Email: wyir@wyo.gov

Si tiene alguna pregunta, llame al 307-777-7952 o envíe un correo electrónico a wyir@wyo.gov.

Para uso oficial exclusivamente

Fecha de recepción: _____

Aprobado

Denegado

Retrasado, cumplimentaremos esta solicitud a más tardar el: _____
Comentarios: _____

Firma del representante del WDH: _____