

*Proveedores de atención médica pueden documentar el consentimiento voluntario verbal o adaptar este formulario de muestra para el uso*

### **Consentimiento para participar en el registro de inmunización municipal**

Requerido para las personas de 19 años de edad o más

El Registro de Inmunización Municipal de Nueva York (CIR, en inglés) es un sistema computarizado confidencial, que permite a los usuarios autorizados acceso a los récords de inmunización de una persona. Leyes federales y estatales estrictas protegen la privacidad de la información personal en el sistema. Estas son algunos de los beneficios de participar en el CIR:

- Su proveedor de cuidado puede utilizar su CIR para asegurar que usted recibe todas las vacunas, así como otro tratamiento médico recomendado.
- El CIR provee un récord permanente y de acceso fácil de sus inmunizaciones.

La participación en el CIR es voluntaria para las personas de 19 años y más, así que no serán incluidas, al menos que complete este formulario de consentimiento. Si desea participar, por favor lea la siguiente afirmación cuidadosamente y fírmela. Para obtener información adicional sobre este consentimiento, por favor llame al (347) 396-2400.

#### **Declaración de Consentimiento**

Autorizo a \_\_\_\_\_ (nombre del médico u organización de cuidado de la salud) hacer pública mis inmunización (es) e información personal al Registro de Inmunización Municipal de Nueva York (CIR). Entiendo que el propósito del CIR es ayudar en mi cuidado médico y registrar las vacunas que he recibido o recibiré en el futuro. La información de mis vacunas podría ser utilizada posiblemente por el Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York para propósitos de mejoramiento de la calidad, investigación epidemiológica, y control de enfermedades. Mi identidad personal será eliminada de cualquier información usada para mejoramiento de la calidad o investigación.

La información de inmunización en el CIR puede ser publicada solamente a mí, mi organización de cuidado médico, los departamentos de salud de mi estado y locales, a la escuela en la que estoy inscrito/a para asistir, y proveedores médico autorizados que me rinden cuidado médico.

Entiendo que mi participación, o no participación, en el CIR no tendrá efecto en mi tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios de cuidado de salud. Además entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento usando el formulario proporcionado. Si retiro mi consentimiento en el futuro después de proveerlo, la información recibida por el CIR con mi consentimiento permanecerá en el CIR. Sin embargo, las inmunizaciones futuras no serán registradas en el CIR.

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha