



# Formulario de inscripción o actualización del registro de vacunación

<b>Solamente para uso oficial</b>	
Form Received on: _____	Entered in CIR: _____
<input type="checkbox"/> Updated Record	<input type="checkbox"/> New Record
Staff Initials: _____	

## Instrucciones para solicitar un registro por correo:

1. Complete este formulario.
2. Adjunte una copia clara del Registro médico personal (Lifetime Health Record) del menor o de la persona, u otra tarjeta de vacunación.
3. Envíe por correo el formulario completo y el Registro médico personal o la tarjeta de vacunación a:

NYC DOHMH Citywide Immunization Registry  
42-09 28<sup>th</sup> Street, 5<sup>th</sup> Fl., CN 21  
LIC, NY 11101-4132

## Tipo de solicitud (Elija una opción)

Deseo inscribir a mi hijo/a en el Registro de Vacunación de la Ciudad (CIR).

Deseo actualizar el registro de mi hijo/a del CIR.

Deseo inscribirme en el CIR.

Deseo actualizar mi registro del CIR.

Coloque toda la información que pueda en inglés. Escriba claramente con letra de molde.

### Información de la persona o el/la menor

Primer nombre	Segundo nombre				
Apellido/s					
Sexo asignado al momento de nacer	Hombre	Mujer	¿Nació en NYC?	Sí	No
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Número de Medicaid (si aplica)				
Nombre del hospital donde nació el/la menor o la persona					
Nombre del proveedor de atención médica					
Número de teléfono del proveedor de atención médica					
Nombre de la madre	Nombre de soltera de la madre:				
Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)	(apellido/s antes del primer matrimonio)				

### Información del solicitante

Seleccione su relación con la persona o el/la menor.

Misma persona	Madre	Padre
Tutor legal	Otro (describa)	

Nombre

Apellido/s

Dirección

Ciudad

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

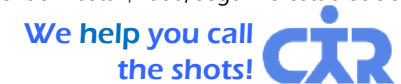
Idioma principal (si no es inglés)

Envíenme una copia del registro de vacunación.  
Recibirá una respuesta dentro de diez días hábiles a partir de su recibo.

Por este medio certifico que soy el padre/la madre, tutor legal u otra persona que tiene una relación paternal o de custodia con el/la menor cuya información se menciona arriba; o soy la persona a quien alude el registro de vacunación. Deseo inscribir o actualizar información sobre mí o el/la menor mencionado/a arriba en el Registro de Vacunación de la Ciudad (CIR) y otorgo mi consentimiento para que esta información la usen los proveedores de atención médica, por el Departamento de Salud y Salud Mental (DOHMH) o por otras organizaciones autorizadas para la protección de la salud pública. Entiendo que toda la información que se envíe al CIR se mantendrá de forma confidencial, de conformidad con la sección 11.11 del Código de Salud de la Ciudad de Nueva York y la Ley 2128 de Salud Pública del Estado de Nueva York. Comprendo que proporcionar información falsa, fraudulenta o inexacta al DOHMH es una infracción a la sección 3.19 Código de Salud de la Ciudad de Nueva York. Además, entiendo que cada incidente individual de infracción es castigable con sanciones civiles que pueden ascender hasta \$2000, según lo establecido en la sección 3.11 el Código de Salud de la Ciudad de Nueva York.

Firma del solicitante

Fecha



Para obtener más información o para solicitar una copia impresa de este formulario, llame al 311, visite [nyc.gov/health/cir](http://nyc.gov/health/cir) o escriba a [cir@health.nyc.gov](mailto:cir@health.nyc.gov).