



Solicitud de búsqueda de registros de vacunación

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

Información del solicitante

(Información de la persona a quien pertenece el registro que se está solicitando)

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)			
Número de teléfono		Fax (si solicita un registro por fax)			
Dirección			Apto.		
Ciudad		Estado		Código postal	
Nombre del hospital donde nació el/la solicitante					
Nombre del proveedor de atención médica					
Número de teléfono del proveedor de atención médica					

Información de la madre del solicitante

Nombre de la madre	Nombre de soltera de la madre (apellido/s antes del primer matrimonio)
Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)	

Información de los padres

(Si el/la solicitante es un/a menor, seleccione su relación con tal menor).

Madre	Padre	Tutor legal	Otro (describa)
Primer nombre		Apellido/s	
Dirección de correo electrónico		Idioma principal (si no es inglés)	

Por este medio certifico que soy el padre/madre, tutor legal u otra persona que tiene una relación paternal o de custodia con el/la menor cuya información se menciona arriba, para la búsqueda en el registro de vacunación y, como tal, tengo autorización para ver esta información; o soy la persona a quien alude el registro. Comprendo que proporcionar información falsa, fraudulenta o inexacta al Departamento de Salud y Salud Mental (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 o de uno de los padres (si el solicitante es un/a menor) **Fecha**

Para obtener más información o para solicitar una copia impresa de este formulario, llame al 311, visite nyc.gov/health/cir o escriba a cir@health.nyc.gov.

Instrucciones para solicitar un registro por correo o por fax:

1. Complete la solicitud.
2. Adjunte una copia de una identificación con fotografía vigente, como una tarjeta IDNYC, licencia de conducir o pasaporte.
3. Envíe por correo la solicitud llenada y la copia de su identificación a:

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

O, puede enviarlas por fax al
347-396-8840.

No envíe esta solicitud por correo electrónico.

Recibirá una respuesta en un plazo de diez días hábiles, si presentó la solicitud por correo; o en un plazo de dos días hábiles si presentó la solicitud por fax.



Solamente para uso oficial

Form Received on ___/___/___

Status of Request:

Record Sent on ___/___/___

Record Not Found

Record Found, No Vaccines

Form Incomplete

Staff Initials: _____