

**New Jersey Department of Health  
Vaccine Preventable Disease Program**

**Departamento de Salud de Nueva Jersey  
Programa de Enfermedades Inmunoprevenibles  
Dirección postal: P.O. Box 369, Trenton, NJ 08625-0369  
Teléfono: 609-826-4860 Fax 609-826-4866  
www.njiis.nj.gov**

**AUTORIZACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN  
EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN DE NUEVA JERSEY  
NEW JERSEY IMMUNIZATION INFORMATION SYSTEM (NJIIS)**

**- GUARDAR UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO EN LA HISTORIA CLÍNICA -**

<b>DATOS DEL INSCRITO</b>	<b>DATOS DE PADRE/MADRE/TUTOR (si se trata de un menor de edad)</b>
Nombre y apellidos del inscrito ( <i>letra de imprenta</i> )	Nombre y apellidos ( <i>letra de imprenta</i> )
Fecha de nacimiento	Dirección
País de nacimiento	Ciudad, estado, código postal
Nombre y apellidos del proveedor de atención médica primaria	Relación al inscrito
<p>He recibido información acerca del Sistema de Información sobre Vacunación de Nueva Jersey (<i>New Jersey Immunization Information System, NJIIS</i>) y entiendo que el objetivo de la inscripción es para que yo reciba recordatorios de las dosis pendientes según el calendario de vacunación pertinente (ya sea el mío o el de mi hijo) y se establezca un registro central de vacunas administradas.</p> <p>Entiendo que los datos de salud que constan en el sistema pueden compartirse con los proveedores de servicios de salud autorizados, instituciones educativas entre las cuales figuran instituciones de estudios superiores, centros de cuidado infantil autorizados, entidades de salud pública, compañías de seguros de salud y otras personas autorizadas por la ley de Nueva Jersey N.J.S.A. 26:4-131, y siguientes, y las normas N.J.A.C. 8:57-3.</p> <p>Entiendo que puedo obtener un comprobante de las vacunas administradas del proveedor de servicios de salud de familia, departamento de salud local o Departamento de Salud de Nueva Jersey, y que la dirección web y el número de teléfono del Departamento de Salud figuran en la parte superior del presente documento.</p> <p>No hay costo de inscripción.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, opto por inscribirme.</p> <p><input type="checkbox"/> No, no opto por inscribirme.</p>	
Firma del inscrito (padre/madre/tutor si se trata de un menor de 18 años)	Fecha

Nombre del lugar de inscripción <i>NJIIS</i> Regional Cancer Care Associates LLC	Número de identificación <i>NJIIS</i> 13250	Número de historia clínica
---	--	----------------------------

**- GUARDAR UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO EN LA HISTORIA CLÍNICA -**