

LA COPIA DE ESTE DOCUMENTO ORIGINAL COMPLETADO TIENE LA MISMA VALIDEZ QUE EL ORIGINAL

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS DE
INMUNIZACIÓN**Sistema Informático de Inmunización del Estado de Washington, PO Box 47843, Olympia, WA 98504-
7843 Teléfono: 1-866-397-0337 | Fax: 360-236-3590 | Correo electrónico: WAHSRecords@doh.wa.gov**Información del paciente/niño (si solicita registros de más de un paciente o niño, consulte el lado 2 del formulario):**

Primer nombre del paciente/niño	Segundo nombre del paciente/niño	Apellido del paciente/niño
/ /		
Fecha de nacimiento del paciente/niño (DD/MM/AAAA)	Nombre(s) anterior(es) del paciente/niño	

Información del paciente/tutor:

()			
Nombre completo del paciente/tutor (si el paciente es menor de 18 años)		Número de teléfono del paciente/tutor (incluido el código de área)	
Dirección (incluido el nro. de departamento, si corresponde)	Ciudad	Estado	Código postal
/ /			
Correo electrónico del paciente/tutor	Fecha de nacimiento del paciente/tutor (DD/MM/AAAA)		

Solicito y autorizo al Sistema Informático de Inmunización del Estado de Washington a divulgar la información de inmunización del sistema del paciente/niño que se menciona anteriormente y en el lado 2 de este formulario a la persona o agencia mencionada a continuación:

()		
Nombre y apellido	Agencia (si corresponde)	Número de teléfono (incluido el código de área)

Los registros que se solicitan por correo electrónico, fax o correo postal se enviarán en un plazo no superior a 15 días hábiles (en general en un plazo de 3 a 5 días hábiles) una vez recibida la autorización firmada. **Seleccione todas las opciones que correspondan:**

- ☐ Enviar los registros por correo electrónico a: _____
- ☐ Enviar los registros por fax al: () _____
- ☐ Enviar los registros por correo postal a: _____
- Dirección de correo postal (incluido el nro. de departamento, ciudad, estado y código postal)

A menos que se rescinda antes según lo dispuesto en el reverso del presente formulario, la presente autorización expira 18 años después de haber sido firmada o cuando el niño cumpla 18 años de edad, lo que suceda primero.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de Washington que la información proporcionada es verdadera y correcta, y que soy el paciente o estoy autorizado para firmar esta autorización en nombre del paciente/niño.

Firma del paciente o padre/tutor legal (no se acepta firma electrónica)	Parentesco con el paciente/niño
/ /	
Fecha (DD/MM/AAAA)	

Si solicita registros de más de un paciente o niño, agregue la información a continuación:

1.

Primer nombre del paciente/niño	Segundo nombre del paciente/niño	Apellido del paciente/niño
/ /		
Fecha de nacimiento del paciente/niño (DD/MM/AAAA)	Nombre(s) anterior del paciente/niño	

2.

Primer nombre del paciente/niño	Segundo nombre del paciente/niño	Apellido del paciente/niño
/ /		
Fecha de nacimiento del paciente/niño (DD/MM/AAAA)	Nombre(s) anterior del paciente/niño	

3.

Primer nombre del paciente/niño	Segundo nombre del paciente/niño	Apellido del paciente/niño
/ /		
Fecha de nacimiento del paciente/niño (DD/MM/AAAA)	Nombre(s) anterior del paciente/niño	

4.

Primer nombre del paciente/niño	Segundo nombre del paciente/niño	Apellido del paciente/niño
/ /		
Fecha de nacimiento del paciente/niño (DD/MM/AAAA)	Nombre(s) anterior del paciente/niño	

Acerca del Sistema Informático de Inmunización del Estado de Washington

El Sistema Informático de Inmunización del Estado de Washington es un registro estatal y vitalicio de inmunización que lleva la cuenta de los registros de inmunización de personas de todas las edades para ayudar a garantizar la inmunización a tiempo. La información del sistema proviene de la parte pública del certificado de nacimiento del niño y los registros de inmunización provienen de los proveedores de atención médica y los planes de salud. Si cree que el registro de inmunización que recibió es incorrecto o está incompleto, puede pedirle a su proveedor que lo corrija. Si no pueden corregirlo o no tienen una copia de su historial de inmunización completo, comuníquese con nuestra Mesa de Ayuda mediante WAIISRecords@doh.wa.gov o llamando al 1-866-397-0337.

La información específica del paciente se usa únicamente para fines autorizados, detallados en nuestra Política de Intercambio de Información que se puede encontrar en los Acuerdos de Intercambio de Información en línea en el [Sistema Informático de Inmunización del Estado de Washington](#) (en inglés). Su solicitud para que el sistema divulgue datos no está relacionada con otras condiciones de privacidad estipuladas en el Acuerdo de Intercambio de Información ni en las leyes de privacidad estatales y federales que resulten aplicables, ni las modificará. Su solicitud de divulgación de registros de inmunización no afectará ninguno de los servicios que recibe a través del sistema.

Tenga en cuenta que es posible que su información no esté segura una vez que sale del Sistema Informático de Inmunización. No será encriptada si solicita que se la envíen por correo electrónico. Si pide que se le envíe a un tercero no cubierto por las leyes de privacidad, este puede divulgarla con otras personas. El Sistema Informático de Inmunización no se responsabiliza por la protección de su información una vez que ha sido enviada. Puede revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito al Sistema Informático de Inmunización del Estado de Washington por correo postal a PO Box 47843, Olympia, WA, 98504-7843 o por fax al 360-236-3590. Su solicitud de revocación no será aplicable a la información que haya sido divulgada antes de que la hayamos recibido.

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o con problemas de audición deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a doh.information@doh.wa.gov.

DOH 348-367 July 2025 Spanish