

Los proveedores de la salud pueden documentar el consentimiento voluntario verbal o adaptar este modelo de formulario para su uso.

### Consentimiento para participar en el Registro de Vacunación de la Ciudad (CIR) para mayores de 19 años

El Registro de Vacunación de la Ciudad de Nueva York (CIR, por sus siglas en inglés) es un sistema confidencial e informatizado que permite a los usuarios autorizados acceder a los registros de vacunación de una persona. Estrictas leyes federales y estatales protegen la privacidad de la información personal en el sistema. Estas son algunas de las ventajas de participar en el CIR:

- Su proveedor de atención de salud puede utilizar el CIR para asegurarse de que usted reciba todas las vacunas necesarias, así como otros tratamientos médicos recomendados.
- El CIR proporciona un registro permanente y fácilmente accesible de sus vacunas.

La participación en el CIR es voluntaria para las personas mayores de 19 años, por lo que no se le inscribirá a menos que rellene este formulario de consentimiento. Si desea participar, lea atentamente la declaración que figura a continuación y firme en el espacio indicado. Si desea más información sobre este consentimiento, llame al 347-396-2400.

#### Declaración de consentimiento

Autorizo a \_\_\_\_\_ (nombre del médico o de la organización) a divulgar mi(s) vacunas(s) e información de identificación al Registro de Vacunas de la Ciudad de Nueva York (CIR, por sus siglas en inglés). Entiendo que el propósito del CIR es ayudar en mi atención médica y registrar las vacunas que he recibido o recibiré en el futuro. El Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York puede utilizar mis datos de vacunación con fines de mejora de la calidad, investigación epidemiológica y control de enfermedades. Se eliminarán mis datos personales de identificación de la información que se utilice con fines de mejora de la calidad o de investigación.

La información sobre vacunación contenida en el CIR puede ser divulgada a las siguientes personas: a mí mismo, a mi plan de seguro médico, a los departamentos de salud estatales y locales, a la escuela a la que estoy inscrito y a los proveedores médicos autorizados que me prestan atención médica.

Entiendo que no habrá ningún efecto en mi tratamiento, pago o inscripción para beneficios si decido no inscribirme en el CIR. Este consentimiento puede ser retirado en cualquier momento utilizando el formulario provisto. La información sobre las vacunas recibidas por el CIR con mi consentimiento permanecerá en el CIR si posteriormente decido retirar mi consentimiento. Sin embargo, las futuras no se registrarán en el CIR si retiro mi consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha