

Solicitud de registro de vacunación

Por favor, escriba claramente en inglés.

Datos del solicitante (Datos de la persona cuyo registro se solicita.)

Primer nombre	Segundo nombre
Apellido	Apellido de soltera (apellido antes primer matrimonio, si aplica)
Sexo asignado al nacer ☐ Masculino ☐ Femenino ¿Nació en NYC? ☐ Sí ☐ No	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de Medicaid (si procede)
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico
Dirección	Número de apartamento
Ciudad	Estado
	Código postal

Instrucciones para solicitar un expediente por correo:

1. Complete la solicitud.
2. Adjunte una copia de un documento de identidad válido con fotografía, como la tarjeta IDNYC, licencia de conducir o pasaporte.
3. Envíe por correo la solicitud completa y una copia de su identificación a:
NYC Health Department
Citywide Immunization Registry
42-09 28th St.
Fifth Floor, CN-21
Long Island City, NY 11101-4132

Recibirá una respuesta en 10 días laborables. No envíe esta solicitud por correo electrónico.

Para obtener más información o solicitar una copia impresa de este formulario, llame al **311**, visite **nyc.gov/health** y busque **vaccine records** (registros de vacunas), o envíe un correo electrónico a **cir@health.nyc.gov**.

We help you call
the shots!



Nombre del hospital donde nació el solicitante
Nombre del proveedor de atención de salud actual
Número de teléfono del proveedor de atención de salud actual

For Official Use Only

Form received on:	
Status of request:	
☐ Record sent on:	
☐ Record not found	
☐ Record found — no vaccines	
☐ Form incomplete	
Staff initials:	

Información de la madre del solicitante

Nombre de la madre	Apellido de la madre
Apellido de soltera de la madre	Fecha de nacimiento de la madre (MM/DD/AAAA)

Información del padre/madre o tutor legal (si la persona que solicita el registro no es el solicitante).

Relación con el solicitante ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Otra (describa):

Nombre	Apellido	Correo electrónico
--------	----------	--------------------

Por la presente certifico que soy el solicitante, o el padre/madre, tutor u otra persona en relación de custodia con el solicitante, y, como tal, estoy autorizado a ver la información solicitada. Entiendo que la presentación de información falsa, no cierta o engañosa al Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York es una violación del Código de Salud de la Ciudad de Nueva York §3.19. Además, entiendo que cada incidente de tal violación es punible con sanciones civiles de hasta 2.000 dólares de conformidad con el Código de Salud de la Ciudad de Nueva York §3.11.

Firma del solicitante o de los padres o tutor que solicita el registro	Fecha	Idioma principal del solicitante o del padre/madre o tutor que solicita el registro.
--	-------	--