



Nevada tiene un sistema de computación informático el cual doctores y enfermeras utilizan para ayudarles estar al tanto de las inmunizaciones (vacunas) de sus pacientes. Este sistema se llama Nevada WebIZ. Doctores y enfermeras utilizan este sistema informático para registrar las vacunas administradas a los pacientes y acceder a información acerca de las vacunas de sus pacientes, incluyendo vacunas administradas en otras oficinas médicas. Este sistema hace más sencillo el poder estar al tanto de las vacunas del paciente aun si el paciente visita a más de un médico. También facilita a doctores y enfermeras administrar las vacunas correctas al tiempo adecuado y también les proporciona recordatorios sobre cuando le corresponden las siguientes vacunas al paciente.

La información en Nevada WebIZ es CONFIDENCIAL. Solo usuarios autorizados podrán ver la información. Usuarios autorizados incluye a departamentos de salud locales o estatales, doctores y enfermeras (y sus asistentes), escuelas, guarderías, los Programas de WIC, y planes de salud medica. La información en Nevada WebIZ puede ser utilizada para verificar que sus vacunas estén al día, para dar las vacunas necesarias a su debido tiempo, y para facturar a las compañías de seguro medico. La información no podrá ser utilizada para alguna otra razón.

La siguiente información puede ser reportada al sistema

- Nombre del Paciente
- Género
- Dirección y el condado de residencia
- Nombre Y apellido de la madre (incluyendo el de soltera)
- Vacunas proporcionadas (incluyendo el nombre del fabricante y el número de lote)
- La fecha en que la vacuna fue proporcionada
- Edad
- Raza/etnia
- Estado y país de nacimiento

Usted tiene el derecho de:

- Decidir en cualquier momento de no incluir su información en Nevada WebIZ ahora o en cualquier momento.
- Ver el registro suyo o de su hijo y pedir que le hagan correcciones.

Participación: *La ley de Nevada establece que todas las vacunas administradas en Nevada deberán ser registradas en Nevada WebIZ.*

Firme Aquí sí...

Usted QUIERE que su información de vacunas (o la de su hijo/a) sea incluida en Nevada WebIZ
(Firme solamente si anteriormente firmó la solicitud oponiéndose en participar)

Mi Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de mi Hijo/a (Si es aplicable): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de la oficina (donde le dieron la vacuna): _____

Mi Número de Telefono: _____

Firme Aquí sí...

Usted NO QUIERE que su información de vacunas (o la de su hijo/a) sea incluida en Nevada WebIZ
(Usted puede cambiar su decisión en cualquier momento a través de firmar otro formulario en el área de arriba)

Mi Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de mi Hijo/a (Si es aplicable): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de la oficina (donde le dieron la vacuna): _____

Mi Número de Telefono: _____