

**Consent For Participation in NYSIIS
for Individuals 19 Years of Age or Older**

The New York State Immunization Information System (NYSIIS) is a confidential, computerized system that contains immunization records and allows authorized users access to a person's shot record. Strict federal and state laws protect the privacy of your personal information in the system. The benefits of participating in NYSIIS include:

- Your health care provider can use NYSIIS to be sure that you receive the needed immunizations, and proper medical treatment is received when needed.
- There will be a permanent and easily accessible record of your immunizations.

Participation in NYSIIS for people 19 years of age and older is voluntary, so your consent is needed. If you want to participate, please carefully read the consent below and sign in the space provided. For additional information about this consent, please call (518) 473-2839.

I give my consent for **Decerina Uy, MD, FAAP** (name of doctor or organization) to release my immunization(s) and identifying information to the New York State Immunization Information System (NYSIIS). I understand the purpose of NYSIIS is to assist in my medical care and to record the immunizations that I have had or will receive in the future. My immunization information may potentially be used by the Department of Health for quality improvement purposes, epidemiologic research, and disease control purposes. Information used for quality improvement or any research purposes will have my personal identifying information removed.

The immunization information in NYSIIS may be released to the following: myself, my health insurance plan, the state and local health departments, the school that I am registered to attend, and authorized medical providers that deliver my medical care.

I understand that there will be no effect on my treatment, payment, or enrollment for benefits if I choose not to enroll in NYSIIS. This consent may be withdrawn at any time by using the form provided. Information about immunizations received by NYSIIS with my consent will remain in NYSIIS if I later choose to withdraw my consent. However, future immunizations will not be recorded in NYSIIS.

Print Name _____

Date of Birth _____

Signature _____

Date _____

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN NYSIIS PARA PERSONAS DE 19 AÑOS O MÁS

El Sistema de Información sobre Inmunizaciones del Estado de Nueva York (NYSIIS) es un sistema computarizado confidencial que contiene registros de inmunización y permite a los usuarios autorizados acceder al registro de vacunas de una persona. La privacidad de su información personal presente en el sistema está protegida por estrictas leyes federales y estatales. Algunos de los beneficios de participar en el NYSIIS son:

- Su proveedor de atención médica puede utilizar NYSIIS para asegurarse de que usted reciba las inmunizaciones necesarias y el tratamiento médico adecuado, cuando fuera necesario.
- Habrá un registro permanente y de fácil acceso de sus inmunizaciones.

La participación en NYSIIS para personas mayores de 19 años es voluntaria; por lo tanto, se necesita su consentimiento. Si desea participar, lea atentamente el consentimiento que se encuentra a continuación y firme en el espacio indicado. Para obtener más información acerca de este consentimiento, llame al (518) 473-2839.

Mediante el presente autorizo a **Decerina Uy, MD, FAAP** (nombre del médico u organización) para que divulgue información de identificación y sobre mis inmunizaciones al Sistema de Información sobre Inmunizaciones del Estado de Nueva York (NYSIIS). Comprendo que el propósito de NYSIIS es contribuir con mi atención médica y llevar constancia de las inmunizaciones que he recibido o recibiré en el futuro. Es posible que el Departamento de Salud utilice la información sobre mis inmunizaciones para mejoras de la calidad, investigaciones epidemiológicas y control de enfermedades. Mi información personal de identificación será eliminada de la información que se utilice para mejorar la calidad o con fines de investigación.

La información de inmunización en NYSIIS se puede divulgar a los siguientes: a mí mismo, a mis organizaciones de mantenimiento de la salud, a los departamentos de salud locales y estatales, a la escuela a la que asisto y a los médicos que me brindan atención médica.

Entiendo que mi decisión de no inscribirme en el NYSIIS no tendrá efecto alguno en el tratamiento, los pagos o la obtención de beneficios. Este consentimiento se puede retirar en cualquier momento mediante el formulario provisto. Si posteriormente decido retirar mi consentimiento, la información sobre inmunizaciones que NYSIIS reciba en virtud de éste, permanecerá registrada allí. Sin embargo, no se registrarán en NYSIIS las inmunizaciones que reciba en el futuro.

Nombre

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha