

Agencia de Vacunación

Forma de Notificación de Florida SHOTS y Formulario Opcional



Información que debe conocer sobre el sistema del rastreo de la salud estatal (SHOTS) de Florida
<p>El SHOTS de Florida es: Un sistema de datos computarizados por el Departamento de Salud, Oficina de Inmunización, para almacenar registros o expedientes de inmunización permitidos por la ley de Florida (s. 381.003, F.S.). El sistema privado está disponible solo para usuarios autorizados como médicos, enfermeras(os), escuelas y guarderías infantiles que han aplicado y han sido aprobados por el Departamento de Salud para tener acceso seguro. Florida SHOTS se utiliza para actualizar los expedientes de vacunas y para comprobar si un niño(a) tiene todas las vacunas que él o ella necesitan. Todos los niños que nacieron en Florida desde el 1 de Enero del 2003 están inscritos en el programa 'SHOTS'. Los médicos y las enfermeras(os) que tienen acceso al sistema de vacunas añadirán a otros niños al registro de inmunización.</p>
<p>En SHOTS de Florida se incluirá la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Información de los padres y del niño(a), como el nombre y la dirección ◆ Antecedentes de vacunas del niño(a), incluyendo la fecha y el nombre de las vacunas recibidas
<p>La información de SHOTS de Florida se usará para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Identificar correctamente a su niño(a) confirmando información como el nombre y la fecha de nacimiento antes de incorporar los datos de vacunas en el registro electrónico ◆ Crear un recordatorio de las vacunas que necesita su niño(a) por edad, las vacunas recibidas, y otros datos de información ◆ Imprimir documentos legales para que su niño(a) ingrese a la escuela o guardería infantil ◆ Ayudar al número de niños(a) que reciben vacunas a tiempo.
<p>La información de SHOTS de Florida PODRÁ ser compartida con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Los padres para la revisión y corrección, si los padres indican que los datos son incorrectos ◆ Médicos o enfermeras autorizadas por el Departamento para verificar los datos de vacuna de su niño(a) ◆ Escuelas y guarderías autorizadas a acceder los registros de vacunas ◆ Algunas personas del Departamento de Salud que mantienen el sistema y su seguridad
<p>El beneficio de tener el expediente de vacunas de su niño(a) en SHOTS de Florida significa que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Su médico, enfermera(o), la escuela o la guardería infantil, podrán verificar el registro de inmunización de su niño(a) rápidamente ◆ El expediente de inmunización de su niño(a) será más completo y su niño(a) solo recibirá las vacunas necesarias ◆ Usted podrá recibir un registro impreso de inmunización de su niño(a) rápidamente
<p>SI USTED QUIERE QUE SE MANTENGA EL REGISTRO DE VACUNACION DE SUS HIJOS POR SU DOCTOR, ENFERMERA(O) O ESCUELAS QUE SON USUARIOS AUTORIZADOS PARA ACCESO AL REGISTRO, NO NECESITA TOMAR ACCION. Pero si usted NO quiere que se mantenga un registro de vacunas de su hijo(a) en el SHOTS de Florida, siga los siguientes pasos:</p>

	<p>SI USTED QUIERE QUE SE MANTENGA EL REGISTRO DE VACUNACION DE SU HIJO EN FLORIDA SHOTS, NO NECESITA TOMAR ACCION. SI USTED NO QUIERE QUE SE MANTENGA EL REGISTRO DE VACUNAS DE SU NIÑO(a) en Florida SHOTS llene este formulario y envíelo a la siguiente dirección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe completar un formulario separado por cada niño que NO desee que mantengamos en los registros de vacunación. Si la información del formulario esta incompleta, el personal del Departamento de Salud no podrá completar su pedido. • Envíe este documento por correo al: Florida Department of Health, Bureau of Immunization, 4052 Bald Cypress Way, Bin A-11, Tallahassee, FL 32399-1719, Telefono libre de cargo: (877) 888-7468
--	--

Nombre del niño(a):			
Letra imprenta	(Apellido)	(Primer nombre)	(Inicial)
- - Número de Seguro Social de su Niño(a)	/ / Mes/Día/Año de nacimiento de su hijo(a)	M F Sexo del niño(a) (Marque uno)	_____ Número de Inmunización Estatal (Si estuviera disponible)
Madre Nombre de soltera: _____		Condado de residencia del niño(a): _____	
- - Número de Seguro Social de la Madre	() Número de teléfono de los padres solicitantes	_____ Firma de padre solicitante	_____ Fecha
<p>A través de la firma y el envío por correo del pedido anterior, entiendo que el registro de vacunas de mi hijo(a) no será compartido ni actualizado por usuarios autorizados de SHOTS de Florida. Comprendo que puedo cambiar mi elección e INCLUIR a mi hijo(a), o hijos(as), en Florida SHOTS en cualquier momento escribiendo a la dirección anterior y proveyendo la información que identifica a mi hijo(a). También entiendo que mi hijo(a) todavía necesita vacunas de protección contra enfermedades peligrosas prevenidas por vacunas y que la exclusión de SHOTS de Florida no significa que mi hijo(a) no puede ser vacunado(a) para asistir a la escuela o a la guardería infantil.</p>			

