



FOR OFFICE USE ONLY

Patient Name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Provider: _____

Date: _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE WISCONSIN

El Registro de Inmunización de Wisconsin (RIW) electrónicamente guarda el registro de inmunización en un sistema seguro. De las personas que puedan tener acceso a la base de información están incluidos los profesionales de salud para que determinen cuales inmunizaciones le faltan a los pacientes y para que las escuelas determinen el estatus de inmunización del estudiante.

En mayo 2000, RIW se hizo público a nivel estatal. Toda la información demográfica de los nacimientos en Wisconsin está incluida desde enero del 1995, la que se actualiza semanalmente.

RIW está disponible en el Internet en <http://dhfsWIR.org>

Opción para ver la base de información de RIW	Opción de Exclusión de RIW	Opción de Inclusión en RIW
<p>¿Desea usted que nosotros le demos el número del seguro social del paciente a WIR para que usted tenga acceso a la información de RIW? (está accesible en http://dhfsWIR.org)</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>La base de información de RIW está disponible en el internet para que los pacientes, o los representantes/tutores legales tengan acceso a ella solo si (PHCMA) revela el número del seguro social del paciente a RIW. Para ver el registro de inmunización, entre el número del seguro social "tapado"(no se ve) en la página Web de RIW.</p>	<p>A menos que usted haya marcado la cajita de abajo, PHCMA revelará todo el registro de inmunización a RIW. Los registros de inmunización seguirán siendo revelados hasta que usted marque la cajita de abajo y PHCMA haya procesado este formulario.</p> <p><input type="checkbox"/> NO mande el registro de inmunización a RIW. Entiendo que esto no aplica a la información que PHCMA ya haya revelado a RIW.</p> <p><small>Aviso: Si esta cajita está marcada, PHCMA no reportará la información de inmunización a la base de información de RIW. Pero si el departamento de Salud y Servicios de Familia lo solicitara, PHCMA lo reportaría a DHFS, como lo indique la ley.</small></p>	<p>Si anteriormente usted había firmado un formulario para que el registro de inmunización no se mandara a RIW, ahora usted tiene la opción de solicitar que lo mandemos. Si marca la cajita de abajo, PHCMA revelará todo el registro de inmunización al RIW.</p> <p><input type="checkbox"/> Por favor manden el registro de inmunización a RIW.</p>

Por favor llene el formulario y mándelo a: PHCMA Hartford, 110 Lone Oak Lane, Hartford, WI 53027 **o por Fax: 262-670-5580**

Firma del paciente o representante legal _____

Nombre con letra de imprenta _____

Relación con el paciente _____

Fecha / /

PHCMA USE ONLY		
<input type="checkbox"/> SSN validated and/or obtained & provided to PSR to enter		
PHCMA Hartford HIM Dept Use Only		
Date Rec'd _____	Date Entered _____	Initials Completed _____