



Nevada tiene un sistema de computación que utilizan los proveedores de salud médica para ayudarles estar al tanto de las inmunizaciones (vacunas) de sus pacientes. Este sistema se llama Nevada WebIZ. Proveedores de servicios de salud utilizan este sistema de computación para registrar las vacunas dadas a los pacientes y tener acceso a información sobre las vacunas anteriormente dadas al paciente, incluyendo vacunas obtenidas en otra oficina por otro proveedor de salud. Este sistema hace simple el poder estar al tanto de las vacunas del paciente aun si el paciente visita a más de un médico. También facilita que los proveedores de salud médica les den las vacunas correctas y al tiempo adecuado y también les recuerda los pacientes cuando les toca las siguientes vacunas.

La información en Nevada WebIZ es CONFIDENCIAL. Sólo los usuarios autorizados podrán ver la información. Usuarios autorizados incluye departamentos locales y estatales de salud, proveedores de salud medica, escuelas, guarderías, el Programa del WIC, y planes de cuidado médico. 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 usada para alguna otra razón.

**La siguiente información podrá ser registrada en el sistema:** Nombre del paciente, edad, género, raza/etnia, dirección, condado de residencia, estado y país de nacimiento, nombre completo de la madre (incluyendo el apellido de soltera), vacuna proporcionada, incluyendo el fabricante y el número de lote, y la fecha en que la vacuna fue proporcionada.

**Usted tiene el derecho de:**

- Negarse en incluir su información en Nevada WebIZ ahora o en cualquier momento.
- Verificar su registro, o el de su niño(a) y hacerle correcciones.

**Participación:** Un individuo puede decidir en cualquier momento no participar en Nevada WebIZ. Cualquiera que inicialmente decida no participar puede decidir en participar en cualquier tiempo después. Nadie será penalizado por la decisión de no participar en Nevada WebIZ. Adultos deben firmar este formulario dando consentimiento antes de que su información pueda ser introducida. Para el propósito de participación, niños son definidos de 0 (cero) a través de los 18 años (hasta que cumplan los 19 años).

**ACUERDO DE PARTICIPAR/OBJECCIÓN DE PARTICIPAR**

(Coloque sus iniciales al lado de la declaración que refleje su preferencia)

La siguiente declaración refleja exactamente mi punto de vista:

\_\_\_\_\_ **Estoy de acuerdo** en permitir que mi información de inmunizaciones sea retenida y accesible por los usuarios autorizados en Nevada WebIZ.

\_\_\_\_\_ **No estoy de acuerdo** en permitir que la información de inmunizaciones de mi hijo(a) sea retenida y accesible para los usuarios autorizados en Nevada WebIZ.

**Razón (opcional):** \_\_\_\_\_

Mi Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de mi Niño(a) (si es aplicable): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la oficina (donde le dieron la vacuna): \_\_\_\_\_

Mi número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Favor de presentar este formulario a su proveedor de servicios de salud**

**Si tiene preguntas llame al: (775) 684-5954**

Larga distancia (sin costo): 1-877-NV-WebIZ