



## **Sistema Estatal de Información sobre Inmunización de Nuevo México ("NMSIIS")** **Autorización de Decisión de Remoción de Archivo de NMSIIS para el Paciente/Padres/Guardián Legal**

### **Trasfondo**

El Sistema Estatal de Información sobre Vacunas de Nuevo México ("NMSIIS") es un sistema basado en la red, que es seguro, que cumple con HIPAA, que fue diseñado para hacer seguimiento de las inmunizaciones (vacunas) de usted y su familia. Documenta las vacunas cuando son administradas y ofrece un horario personalizado de las vacunas recomendadas según los horarios recomendados por CDC. Pueden ayudar a las personas a mantenerse al día y evitar recibir más de las vacunas necesarias NMSIIS fue autorizado como ley en 2004, para que los proveedores del cuidado de la salud mantuvieran los archivos de vacunación de sus pacientes. En 2013, la ley fue enmendada haciéndola un requisito, de que los proveedores entraran dicha información en NMSIIS de todos sus pacientes (infantes hasta adultos).

### **¿Quién puede ver los archivos de vacunas?**

La ley le permite a que estos proveedores usen NMSIIS: médicos de atención primaria, enfermeros, farmacéuticos, organizaciones del manejo de atención, enfermeros escolares y otros proveedores del cuidado de la salud apropiados o entidades de salud pública como determinados por el Secretario de Salud (por ejemplo, el Programa de Mujeres, Niños, Infantes de Nuevo México han sido aprobados utilizar NMSIIS). Los proveedores que hayan completado el entrenamiento NMSIIS y hayan recibido las credenciales de acceso, pueden ver los archivos de vacunas y utilizar NMSIIS para ayudar a sus pacientes a que reciban las vacunas que necesitan.

### **¿Qué tipo de información personal está grabada en NMSIIS?**

- Nombre
- Fecha de Nacimiento
- Nombre de la persona responsable (por ejemplo, padres o guardián)
- Información de contacto del paciente o persona responsable del niño (por ejemplo, dirección, teléfono, email)
- Archivo de vacunas recibidas
- Reacciones a vacunas, si alguna
- Condiciones médicas que puedan influenciar una decisión de vacunación
- 

### **¿Qué son los derechos de los pacientes?**

- ¿Qué son los derechos de los pacientes?
- Los pacientes pueden informarles a los proveedores o al Departamento de Salud de Nuevo México (NMDOH) sobre los errores e/o información perdida
- Los pacientes pueden escoger recibir o no recordatorios acerca de cuándo deberán recibir alguna vacuna
- Los pacientes pueden escoger hacer su propio archivo, o el de sus niños, en privado (disponible SOLAMENTE para los proveedores del cuidado de salud personal)
- Los pacientes pueden optar por realizar un seguimiento personal de sus vacunas (las de sus hijos) y negarse a que se registren una o más vacunas en NMSIIS (declinar participar)

### **¿Cuáles son las responsabilidades del proveedor del cuidado de la salud?**

- Los proveedores deben entrar la información de inmunización al registro de inmunización estatal (NMSIIS)
- Los proveedores deberán dirigir a los pacientes al formulario apropiado para las decisiones de eliminar los registros del NMSIIS (vea <http://nmhealth.org/about/phd/idb/imp/siis/>)
- Los proveedores deberán dirigir a sus pacientes a que sometan sus formas de Decisión de Remoción de Archivo a NMDOH

### **¿Con quién debo hablar sobre mi archivo de vacunas o si tengo preguntas?**

Hable con su proveedor del cuidado de la salud:

- para solicitar una copia de su archivo de vacunas o el de su hijo
- para reportar errores o información perdida en el archivo de vacunas
- para ofrecer información acerca del "historial de vacunas" (recibidos de otros estados), para ser incluidos en NMSIIS
- para obtener la forma NMDOH, Decisión para Remover el Archivo de NMSIIS

Para contactar la Línea de Emergencia NMSIIS con preocupaciones sobre NMSIIS, llame al 1-833-882-6454



**Decisión de Remoción de Archivo de Vacunación del Sistema Estatal de Información sobre Vacunas ("NMSIIS") de Nuevo México**

He leído la Autorización de Liberación del Sistema Estatal de Inmunización de Nuevo México ("NMSIIS") para el Paciente/Padres/Guardián Legal. Entiendo que tengo el derecho de que mis archivos existentes (de mi niño) en NMSIIS sean destruidos, removiendo la información de cliente y vacunas de NMSIIS.

Al decidir remover mi archivo (el de mi niño) de NMSIIS, estoy consciente de que:

- Mi proveedor del cuidado de la salud puede que no tenga acceso a mi (el de mi niño) historial completo de vacunación, a menos que el proveedor haya sido el único que me haya vacunado (o a mi niño);
- Yo (mi niño) podría ser inmunizado de nuevo porque mi doctor no tiene prueba de que he (ha) recibido la(s) vacuna(s);
- Yo (mi niño) podría perder ser vacunado y por lo tanto estar propenso(a) a una vacuna- evitar enfermedades;
- Mi niño(a) no podría ser permitido(a) en la escuela si no presenta prueba de todos los requisitos de vacunación, de acuerdo con la ley de Nuevo México.

Por favor escriba claramente, en letra de molde, en los espacios siguientes:

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
<hr/>	
Apellidos del Paciente:	
<hr/>	
Proveedor de Atención Primaria del Paciente/Localidad:	
<hr/>	
Nombre del Padre/Madre/Guardián LEGAL:	Teléfono ( )
<hr/>	
Apellidos del Padre/Madre/Guardián Legal:	Fecha de Hoy:
<hr/>	

Firmando a continuación, digo que entiendo las consecuencias al decidir remover mi archivo (el de mi niño) de NMSIIS y estoy de acuerdo con que soy responsable de mi decisión; y de que en el futuro puedo decidir participar en el registro, notificando a mi proveedor del cuidado de la salud (de mi niño) a que entre los archivos de vacunación en el Registro. *El completar y entregar esta forma a su proveedor va de acuerdo con N.M.S.A. 24-5-11 y las regulaciones NMSIIS correspondientes.*

Yo juro (o afirmo) que todas las declaraciones anticipadas son verdaderas a mi mejor juicio, información y creencias.

<hr/>	<hr/>
Firma (Padre/Madre/Tutor Legal)	Fecha:
<hr/>	
Suscribe y firma delante de mí este	
(Día)	(Mes) (Año)
<hr/>	
Firma y Sello del Notario	(Fecha de Expiración)

El Archivo de Decisión de Remoción original, firmado, notariado debe ser enviado por correo o llevado en persona a:

Departamento de Salud de Nuevo México  
Programa de Inmunización  
Attn: Immunization Registry (NMSIIS)  
P O Box 26110/1190 St. Francis Drive, Suite S-1250  
Santa Fe NM 87502-6110