



ALERT IIS  
800 NE Oregon Street, Suite 370  
Portland, Oregon 97232  
Teléfono: (800)980-9431  
Fax: (971)673-0276

Página web: [www.alertiis.org](http://www.alertiis.org)  
Correo electrónico: [alertiis@state.or.us](mailto:alertiis@state.or.us)

## Formulario de solicitud de registro para adultos

El Sistema de Información de Inmunización ALERT (ALERT Immunization Information System (IIS, por sus siglas en inglés)) es un archivo estatal que registra las vacunas administradas en Oregon, ya sea por proveedores públicos o privados. ALERT IIS ayuda a los padres, a los proveedores de atención médica, a las escuelas y a otros usuarios autorizados, tal como se define a continuación, a conocer el estado de vacunación de una persona.

La ley estatal<sup>1</sup> y las Normas Administrativas de Oregon<sup>2</sup> cubren la recopilación y divulgación de información en ALERT IIS. Por ley, la información es confidencial y sólo puede compartirse con los usuarios autorizados, incluyendo el proveedor de atención médica de la persona, la escuela, la guardería, la aseguradora, el departamento de salud local, las propias personas o sus padres, si la persona es menor de edad.

Una vez que una persona cumple los 18 años, los padres de esa persona ya no pueden solicitar un registro, pero la persona mayor de edad puede solicitar la información directamente. Si desea una copia de su registro de vacunación, complete la siguiente información **requerida**:

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Femenino  Masculino

Entiendo que puedo solicitar mi registro de vacunación a ALERT IIS hasta cuatro (4) veces dentro de un año calendario de forma gratuita. Se pueden proporcionar copias adicionales de mi registro de vacunación en función de una tarifa razonable establecida por el director de ALERT IIS.

Por favor, envíe el registro a uno de los siguientes usuarios autorizados:

Proveedores de atención médica  Escuela  
Destinatario/a la atención de: \_\_\_\_\_ Nombre de la organización: \_\_\_\_\_  
Número de FAX: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Envíenme el registro a la dirección indicada anteriormente  Envíeme el registro por FAX a: \_\_\_\_\_

Al firmar este acuerdo, verifico que la información indicada anteriormente es verdadera y correcta.

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

<sup>1</sup>ORS 433.090 al ORS 433.102

<sup>2</sup>OAR 333-049-0100 al OAR 333-049-0130 Solicitud de registro para adultos: 6-2010



ALERT IIS  
800 NE Oregon Street, Suite 370  
Portland, Oregon 97232  
Teléfono: (800)980-9431  
Fax: (971)673-0276  
Página web: [www.alertiis.org](http://www.alertiis.org)  
Correo electrónico: [alertiis@state.or.us](mailto:alertiis@state.or.us)

**Para uso exclusivo de la oficina**

Fecha de recibido: _____	<input type="checkbox"/> Registro encontrado, fecha de envío: _____	Iniciales: _____
<input type="checkbox"/> Registro no enviado	Motivo: _____	Iniciales: _____

Para las personas con discapacidad o que hablan un idioma distinto al inglés, el Oregon Health Authority (OHA, por sus siglas en inglés) puede proporcionar información en formatos alternativos como traducciones, en letra grande o braille. Comuníquese con el Centro de Información de Salud llamando al 800-980-9431, 711 TTY o [alertiis@dhsaha.state.or.us](mailto:alertiis@dhsaha.state.or.us).

<sup>1</sup>ORS 433.090 al ORS 433.102

<sup>2</sup>OAR 333-049-0100 al OAR 333-049-0130 Solicitud de registro para adultos: 6-2010