



Formulario de exclusión y notificación de Florida SHOTS
Sección de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Florida



Información que usted debe conocer sobre Florida SHOTS (Sistema Estatal de Seguimiento de la Salud en Línea)

¿Qué es Florida SHOTS?

- ◆ La base de datos electrónica de registros de inmunizaciones de la Sección de Inmunizaciones del Departamento de Salud, según lo permite la ley de Florida (s. 381.003, F.S.).
- ◆ Un sistema seguro que solo permite el acceso a las personas necesarias que han presentado una solicitud y tienen la aprobación del Departamento de Salud de Florida.
- ◆ Una forma más conveniente de garantizar que los registros de inmunizaciones de los pacientes estén actualizados y disponibles.

Participar en Florida SHOTS significa:

- ◆ **Tranquilidad al saber que no importa si pierde su copia de registros de vacunas importantes.**
- ◆ **Facilidad para compartir prueba de inmunizaciones vigente, especialmente para el ingreso a escuelas, guarderías, etc.**
- ◆ **Comodidad de tener las vacunas previas y actuales registradas y actualizadas.**
- ◆ **Mantenimiento del mejor cronograma de inmunizaciones para el paciente, con menos probabilidades de vacunaciones innecesarias.**

Únicamente quienes reciban la aprobación de la Sección de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Florida pueden consultar la información de un paciente en Florida SHOTS. Estas personas pueden incluir:

- ◆ Personal de atención médica.
- ◆ Personal de escuelas y centros de cuidado infantil autorizados.
- ◆ Personal de la Sección de Inmunizaciones, cuando sea necesario.

La información de los pacientes almacenada en Florida SHOTS puede incluir:

- ◆ Nombre, fecha de nacimiento, nombre del tutor (cuando sea necesario) y dirección.
- ◆ Información sobre inmunizaciones como, por ejemplo, tipos de vacunas, fechas de administración, excepciones de vacunas y cronograma de vacunación actual.
- ◆ Formulario DH680 para ingreso a escuelas o guarderías.

Los pacientes que nacieron en Florida el 1 de enero de 2003 o después de esa fecha tendrán inicialmente un registro en Florida SHOTS. Estos registros, así como aquellos creados por proveedores de atención médica autorizados, se almacenarán y actualizarán en Florida SHOTS, a menos que se opte por el estado de exclusión (a continuación).

SI NO QUIERE PARTICIPAR EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE INMUNIZACIONES (IIS) DE FLORIDA SHOTS, LEA LO SIGUIENTE:

Al completar el formulario a continuación, indica que **NO** quiere que el IIS de Florida SHOTS registre, mantenga actualizada ni brinde información sobre inmunizaciones previas o actuales de este paciente. Esto significa que **usted**, como paciente o tutor legal, **será el único responsable** de brindar información sobre inmunizaciones a **TODOS** los proveedores de atención médica (incluido el proveedor de atención médica primaria), las escuelas, las guarderías, etc., cuando se requiera.

Si ha leído toda la información mencionada anteriormente y de todos modos **NO** quiere participar en el Sistema de Información sobre Inmunizaciones de Florida SHOTS:

- Complete el formulario de exclusión (a continuación) y envíelo por correo postal/correo electrónico/FAX a:
 - Correo postal: Florida Department of Health, Immunization Section, 4052 Bald Cypress Way, Bin A-11, Tallahassee, FL 32399-1719
 - Correo electrónico: flshots@flhealth.gov
 - FAX: (850) 412-5801
- **Deben** completarse todas las secciones del formulario de exclusión (a menos que se indiquen como "opcionales").
- Un formulario por cada paciente que **NO** participará en el ISS de Florida SHOTS.

Nombre del paciente: (en letra de imprenta)			
	(Apellido)	(Nombre)	(Inicial)
_____	____/____/____	M F Sexo del paciente (opcional)	_____ Número de identificación de inmunización estatal (si está disponible)
____-____-____ Número de Seguro Social del paciente (opcional)	(____) Número de teléfono del paciente/tutor	_____ Firma del paciente/tutor (Debe tener 18 años o más)	_____ Fecha
_____ Apellido de soltera de la madre (opcional)	_____ Nombre en letra de imprenta		

Al firmar y presentar la solicitud mencionada anteriormente, reconozco que NINGÚN registro de las inmunizaciones de este paciente se almacenará ni se creará en el Sistema de Información sobre Inmunizaciones de Florida SHOTS. Sé que puedo cambiar esta decisión, en cualquier momento, presentando un Formulario de cambio del estado de exclusión (disponible en www.flshotsusers.com, a través de la Sección de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Florida o de un proveedor de atención médica). También entiendo que este paciente aún necesita inmunizaciones para recibir protección contra enfermedades peligrosas que se pueden prevenir mediante la vacunación y que la exclusión de Florida SHOTS no exime a mi hijo de las vacunas obligatorias para asistir a la guardería y a la escuela.