

**REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE WISCONSIN (WIR)
AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS
WISCONSIN IMMUNIZATION REGISTRY (WIR) RECORD RELEASE AUTHORIZATION**

La cumplimentación de este formulario autoriza el desbloqueo de la información del cliente del WIR. La información contenida en el WIR incluye el nombre del cliente, la fecha de nacimiento, el sexo, el grupo de vacunas, la fecha de administración de vacunas, otros detalles de las vacunas y las vacunas recomendadas. Este formulario está destinado a que un cliente, o el padre/tutor de un cliente menor de edad, acceda a su información del WIR o a que se envíe la información a un tercero.

Estos registros pueden enviarse por correo electrónico, por correo postal o por fax al solicitante, o a una agencia/organización. Una vez desbloqueada la información del cliente, se puede acceder a ella en <https://www.dhswir.org>. La información del WIR se desbloqueará en un plazo de 5 días hábiles tras la recepción de esta autorización firmada.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE	ENVIAR A:
Nombre del cliente (apellido, nombre, inicial)	Nombre de la agencia/organización o persona (apellido, nombre, inicial)
Dirección	Dirección
Ciudad, Estado, Código postal	Ciudad, Estado, Código postal
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Correo electrónico
Nombre de soltera (apellido, nombre, inicial)	Número de fax (incluya el código de área)
Número de teléfono (incluya el código de área)	Número de teléfono (incluya el código de área)

Las vacunas deben enviarse a la persona/agencia/organización receptora indicada:

☐ Correo electrónico ☐ Correo ☐ Fax ☐ Accederá a través de WIR en línea: <https://www.dhswir.org>

Explique el motivo de la divulgación del registro:

☐ Atención médica adicional ☐ Elegibilidad para la escuela o la guardería ☐ Empleo

☐ Otro _____

FIRMA – Cliente (Si tiene 18 años o más)	Fecha de la firma	Escriba el nombre en letra de molde
FIRMA – Padre/tutor legal del cliente	Fecha de la firma	Escriba el nombre en letra de molde/Relación con el cliente

Devuelve el formulario cumplimentado al servicio de asistencia WIR:

Correo:

Wisconsin Department of Health Services
WIR Help Desk
201 E. Washington Ave., Room G100
Madison, WI 53703

Correo electrónico:

dhswirhelp@wisconsin.gov

Fax:

608-267-9493

Teléfono:

608-266-9691

Tenga en cuenta que su información puede no estar segura, ya que no estará codificada si la envía o pide que se envíe por correo electrónico. Si pide que se envíe a un tercero que no esté cubierto por las leyes de privacidad, ese tercero puede divulgarla a otros. Su solicitud de divulgación de estos registros no afectará a ninguno de los servicios que se le prestan a través del Registro de Vacunación de Wisconsin (WIR). Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a la dirección del Department of Health Services de Wisconsin indicada anteriormente. Su solicitud de revocación no se aplicará a la información divulgada antes de que hayamos recibido su solicitud de revocación. Esta autorización expira 30 días después de la fecha en que el solicitante haya autorizado y firmado el formulario de divulgación.

For Official Use Only

Date Searched/Released:	Searched/Released by:
-------------------------	-----------------------

☐ Records Released ☐ Record Not Found ☐ Record Found but No Immunizations Reported