

New Jersey Department of Health
Vaccine Preventable Disease Program
P.O. Box 369, Trenton, NJ 08625-0369
609-826-4860 (Fax 609-826-4866)
www.njiis.nj.gov

NEW JERSEY IMMUNIZATION INFORMATION SYSTEM (NJIIS)
CONSENT TO PARTICIPATE

- RETAIN A COPY OF THIS FORM IN THE MEDICAL RECORD -

REGISTRANT INFORMATION	PARENT/GUARDIAN INFORMATION (if NJIIS Registrant is a minor)
Registrant Name <i>(Print)</i>	Name <i>(Print)</i>
Date of Birth	Address
Country of Birth	City, State, Zip Code
Name of Primary Health Care Provider	Relationship to Registrant
<p>I have received information about the New Jersey Immunization Information System (NJIIS) and understand that the purpose of this program is to help remind me when my/my child's immunizations are due and to keep a central record of my/my child's immunization history.</p> <p>I understand that the medical information in the NJIIS may be shared with authorized health care providers, schools, licensed child care centers, colleges, public health agencies, health insurance companies, and others as permitted by New Jersey Law at N.J.S.A. 26:4-131 et seq. and rules at N.J.A.C. 8:57-3.</p> <p>I understand that I can get a copy of my/my child's record from my primary health care provider, my local health department, or the New Jersey Department of Health (NJDOH). The NJDOH may be contacted at the website or telephone number listed above.</p> <p>There is no cost to participate in this program.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes, I would like to participate in this program.</p> <p><input type="checkbox"/> No, I do not want to participate in this program.</p>	
Signature of Registrant (or Parent/Guardian, IF Registrant under 18 Years of Age)	
Date	

Name of NJIIS Enrollment Site	Registry ID Number	Medical Record Number
-------------------------------	--------------------	-----------------------

- RETAIN A COPY OF THIS FORM IN THE MEDICAL RECORD -

**New Jersey Department of Health
Vaccine Preventable Disease Program**

**Departamento de Salud de Nueva Jersey
Programa de Enfermedades Inmunoprevenibles
Dirección postal: P.O. Box 369, Trenton, NJ 08625-0369
Teléfono: 609-826-4860 Fax 609-826-4866
www.njiis.nj.gov**

**AUTORIZACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN
EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN DE NUEVA JERSEY
NEW JERSEY IMMUNIZATION INFORMATION SYSTEM (NJIIS)**

- GUARDAR UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO EN LA HISTORIA CLÍNICA -

DATOS DEL INSCRITO	DATOS DE PADRE/MADRE/TUTOR (si se trata de un menor de edad)
Nombre y apellidos del inscrito (<i>letra de imprenta</i>)	Nombre y apellidos (<i>letra de imprenta</i>)
Fecha de nacimiento	Dirección
País de nacimiento	Ciudad, estado, código postal
Nombre y apellidos del proveedor de atención médica primaria	Relación al inscrito
<p>He recibido información acerca del Sistema de Información sobre Vacunación de Nueva Jersey (<i>New Jersey Immunization Information System, NJIIS</i>) y entiendo que el objetivo de la inscripción es para que yo reciba recordatorios de las dosis pendientes según el calendario de vacunación pertinente (ya sea el mío o el de mi hijo) y se establezca un registro central de vacunas administradas.</p> <p>Entiendo que los datos de salud que constan en el sistema pueden compartirse con los proveedores de servicios de salud autorizados, instituciones educativas entre las cuales figuran instituciones de estudios superiores, centros de cuidado infantil autorizados, entidades de salud pública, compañías de seguros de salud y otras personas autorizadas por la ley de Nueva Jersey N.J.S.A. 26:4-131, y siguientes, y las normas N.J.A.C. 8:57-3.</p> <p>Entiendo que puedo obtener un comprobante de las vacunas administradas del proveedor de servicios de salud de familia, departamento de salud local o Departamento de Salud de Nueva Jersey, y que la dirección web y el número de teléfono del Departamento de Salud figuran en la parte superior del presente documento.</p> <p>No hay costo de inscripción.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, opto por inscribirme.</p> <p><input type="checkbox"/> No, no opto por inscribirme.</p>	
Firma del inscrito (padre/madre/tutor si se trata de un menor de 18 años)	Fecha

Nombre del lugar de inscripción <i>NJIIS</i>	Número de identificación <i>NJIIS</i>	Número de historia clínica
--	---------------------------------------	----------------------------

- GUARDAR UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO EN LA HISTORIA CLÍNICA -