

Uno de ellos ha  
tenido todas sus  
inyecciones...



sarampión varicela influenza hepatitis b

tos ferina neumococo meningococal hepatitis a

papera rotavirus poliomielitis tétano

Para participar en el IRIS por favor completa  
la forma adjunta del consentimiento y vuelve a  
la escuela de su niño.

### ¿No sería genial si alguien le ayudara a monitorizar sus vacunas o la de su niño?

- ¿Que es IRIS? El Sistema Recordatorio de Inmunizaciones en Idaho.
- Un sistema estatal para ayudarle a Usted y su proveedor de salud a monitorizar el expediente de Inmunizaciones de su familia.
- Completamente confidencial y seguro, su información se hace disponible solo a sus proveedores de salud, escuelas o guarderías que estén inscritos en el programa.
- Inscripción al programa IRIS es absolutamente voluntaria.

### ¿Quién Puede Inscribirse al IRIS?

- Personas con antecedentes de Inmunizaciones

### ¿Como puede Usted o su hijo incluirse en el sistema IRIS?

- Necesita firmar un formulario de consentimiento para que forme parte del sistema.
- Formularios de consentimiento están disponibles por parte de su proveedor de salud, escuela o guardería

### ¿Como me puede ayudar el programa IRIS?

- Si se muda o cambia de proveedor médico...cualquier entidad que este inscrito en el programa puede recuperar los datos suyos o de su niño.
- Si se le pierde la tarjeta de inmunizaciones suya o de su niño...cualquier entidad que este inscrito en el programa tiene acceso y puede imprimir una copia oficial de su historial de inmunizaciones.
- Las escuelas y guarderías pueden recuperar sus datos e imprimir una copia oficial del historial de vacunas de su niño.
- IRIS disminuye el riesgo de dar inmunizaciones incorrectas o adicionales por no traer la información completa.
- Los programas de inmunizaciones son complejas; IRIS le ayuda a su proveedor médico monitorizar cuando y cuales son las inmunizaciones que le tocan a su hijo.

### ¿Que tipo de información se apunta en el IRIS?

Esta información se necesita para identificarlo a usted o su hijo en el programa IRIS.

- Nombre completo
- Fecha de Nacimiento
- Sexo

- Apellido de soltera de la mamá
- Nombre de tutor (si sea aplicable)
- Domicilio
- Numero Telefónico
- Información que pueda determinar si su hijo es elegible para vacunas sin costo
- La tarjeta actual de inmunizaciones de su hijo y la lista de las vacunas que hayan recibido previamente.

### Quien Puede recuperar mi expediente de inmunizaciones o la de mi hijo por parte de IRIS?S:

- Usted ( por parte de una entidad inscrita en el programa)
- Proveedores de Salud que estén inscritos en el programa)
- Escuelas y guarderías que estén inscritos en el programa

### ¿Como puedo obtener mas información?

- Usted puede obtener mas información acerca de IRIS por:
- La persona que le de este folleto
  - Su proveedor de



Yo autorizo que inscriban a mi hijo o a mí y que transferian el registro de vacunas de mi hijo o el mío en el Sistema de Información y Recordatorio de Vacunas (IRIS) para asegurarse que el registro de vacunas esté disponible para mí, para nuestros médicos, proveedores del cuidado de los niños y las escuelas. Entiendo que me pueden pedir información que ayudará a asegurarse que nuestros registros estén correctos y no serán confundidos con los registros de otra persona, tal como: el apellido de soltera de la madre, el sexo y la elegibilidad del niño a vacunas gratis. Yo autorizo la inclusión de toda la información en el sistema IRIS y la divulgación de esta información de IRIS a personas autorizadas.

El Sistema de Información y Recordatorio de Vacunas (IRIS)

|                             |                             |  |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Nombre del Niño o Mi Nombre | Sexo F/M                    | Apellido de Soltera/Nombre del Guardián          |
| Fecha de nacimiento         | Raza                        | Número de teléfono                               |
| Dirección                   | Ciudad Estado Código Postal | Firma Parentesco al Niño Fecha (si aplica) Fecha |



Pregúntele a su doctor sobre  
el programa 



IDAHO DEPARTMENT OF  
HEALTH & WELFARE

¿Recuerda usted?