

# Sistema de Información de Inmunización de Connecticut (CT WiZ por sus siglas en inglés)

Programa de vacunación del Departamento de Salud Pública de Connecticut  
 410 Capitol Ave. MS 11 MUN Hartford, CT 06134-0308 Teléfono: 860-509-7929 Fax: 860-707-1925 Sitio  
 web: <https://portal.ct.gov/DPH/Immunizations/> TODOS - ACERCA DE - CT - WiZ

**ESTA INFORMACIÓN SE CONSERVARÁ COMO CONFIDENCIAL**  
*De acuerdo con el reglamento s19a-7h-4 de los Estatutos Generales del CT*



## CT WiZ puede:

- Hacerle saber a su médico si usted debe ponerse una inyección;
- Darle a usted o a su médico su historial de vacunas si sus registros se destruyen, si cambia de clínica o si la clínica se cierra;
- Darle a usted o a su médico el registro oficial de inmunización necesario para la guardería, la escuela, campamento, universidad o trabajo.

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN CT WiZ

**Envíe un correo electrónico a:** Departamento de Salud Pública, Programa de Inmunización, 410 Capitol Avenue MS 11 MUN, Hartford, CT 06134 **o fax al:** 860-707-1925

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género: Masculino Femenino  
 Transgénero \_\_\_\_\_  
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido) mes día año (por favor, marque uno con un círculo)

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono móvil (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Nombre de la Clínica \_\_\_\_\_ Ciudad de la Clínica \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor (si es menor de edad) \_\_\_\_\_  
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido)

Número de teléfono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de teléfono residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Número de teléfono laboral (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor (*si es menor de edad*) \_\_\_\_\_  
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido)

Número de teléfono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de teléfono residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Número de teléfono laboral (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Solo se requiere la firma si opta por no hacerlo. Si NO desea inscribirse, debe enviar una solicitud por escrito firmada para optar por no participar en CT WiZ.  
Por favor, incluya su nombre completo y fecha de nacimiento. Al optar por no hacerlo, su registro de vacunación ya no estará disponible en CT WiZ.  
Envíe un correo al: Departamento de Salud Pública, Programa de Inmunización, 410 Capitol Avenue MS 11 MUN, Hartford, CT 06134 o fax al: 860-707-1925