

# MIIS

## DIVULGAÇÃO DOS DADOS DE VACINAÇÃO Formulário de Objeção (ou Retirada de Objeção)

O Sistema de Informação de Imunização de Massachusetts (*Massachusetts Immunization Information System, MIIS*) mantém um controle de todas as vacinações que os médicos e profissionais de saúde fornecem aos pacientes em Massachusetts. O sistema foi criado em cumprimento à lei estadual (M.G.L c. 111, Seção 24M) e é administrado pelo Departamento de Saúde Pública de Massachusetts (*Massachusetts Department of Public Health, MDPH*).

Todas as informações no MIIS são mantidas em sigilo pelos médicos e outros profissionais envolvidos na vacinação. A lei permite que as informações sejam divulgadas para os médicos e enfermeiros responsáveis pelos seus cuidados de saúde, enfermeiros de escola, conselhos locais de saúde e funcionários dos órgãos estaduais **envolvidos no processo de vacinação** (incluindo o Programa WIC). A lei permite, por exemplo, que na primeira consulta com um médico, ele verifique quais vacinas você tomou no passado. Permite também que um enfermeiro do setor de emergência que nunca viu você antes consulte o MIIS para verificar se recebeu um determinado tipo de vacina. Seus registros somente serão disponibilizados para as pessoas envolvidas nos seus cuidados de saúde e que tenham um motivo para conhecer seus dados.

Você pode preferir que seu histórico de vacinação **não** seja divulgado desse modo. Nesse caso, assinale a caixa ao lado da frase “EU ME Oponho” abaixo e preencha as informações no verso deste formulário. Em seguida, entregue o formulário ao seu médico ou a outro profissional de saúde ou envie via fax ou correio ao Departamento de Saúde Pública, com o auxílio das informações de contato fornecidas no verso deste formulário. Se você se opuser à divulgação, as informações sobre sua vacinação continuarão no MIIS, mas apenas o(s) profissional(is) que aplicar(em) as vacinas e o Departamento de Saúde Pública poderão consultar os dados. É importante observar: **você** precisará ter um controle dos registros da sua vacinação e da vacinação dos seus filhos caso troque de médico ou se for preciso receber vacinas de outros profissionais de saúde na sua comunidade.

Se tiver mudado de opinião ou se mudar de opinião futuramente e decidir partilhar as informações com mais profissionais de saúde, assinale “EU RETIRO MINHA OBJEÇÃO ANTERIOR” abaixo, e entregue o formulário ao seu médico ou a outro profissional de saúde (ou ao MDPH).

---

Nome: \_\_\_\_\_

**EU ME Oponho** à partilha de informações no MIIS a meu respeito ou a respeito de meus filhos. Eu compreendo que isso impedirá meu médico ou o médico dos meus filhos ou outro profissional de saúde de consultar o MIIS para obtenção das informações de vacinação provenientes de outros profissionais de saúde. Eu também compreendo que esta objeção não impedirá que meus filhos nem eu sejamos vacinados quando necessário.

**EU RETIRO MINHA OBJEÇÃO ANTERIOR** à partilha de informações de vacinação no MIIS a meu respeito ou a respeito de meus filhos. Eu compreendo que ao assinar e enviar este formulário, o MIIS poderá partilhar as informações de vacinação com meu médico ou com o médico dos meus filhos ou com outros profissionais de saúde e outras pessoas autorizadas por lei para consultar tais informações.

-continuação no verso -

**Informações sobre você ou sobre seus filhos** (estas informações são necessárias para identificar corretamente você ou seus filhos)

Nome: _____	_____	_____	_____
	Sobrenome	Primeiro	Meio
Data de Nascimento: _____	Nome de Solteira da Mãe: _____	Para pessoas com menos de 18 anos	
	DD/MM/AAAA		
Sexo: _____	Núm.Telefone: (____) _____		
Endereço: _____			
Cidade: _____	Estado: _____	CEP: _____	

**Se este formulário estiver sendo preenchido por uma pessoa menor de 18 anos, forneça informações de contato de Pai/Mãe/Representante Legal:**

Nome: _____	_____	_____	_____
	Sobrenome	Primeiro	Meio
Parentesco com a Pessoa: _____	Núm.Telefone: (____) _____		
Endereço: _____			
Cidade: _____	Estado: _____	CEP: _____	

**Assinatura da pessoa ou de Pai/Mãe/Representante Legal:**

Assinatura: _____	Data: _____
-------------------	-------------

**Devolva este formulário ao seu profissional de saúde. Opcionalmente, você pode enviar este formulário diretamente ao Departamento de Saúde Pública no endereço abaixo:**

Massachusetts Immunization Information System (MIIS)  
Immunization Program  
Massachusetts Department of Public Health  
305 South Street  
Jamaica Plain, MA 02130  
Fax: **617-983-4301**

**Para uso exclusivo do profissional de saúde:**

**Health Care Provider Use Only:** Please enter your contact information, mail or fax a copy of **both pages** of the form to MDPH, and keep the original for your records:

Facility or Practice Name: _____
PIN #: _____ Phone: (____) _____
<input type="checkbox"/> Check this box if you have changed the Data Sharing Status in the MIIS for the above mentioned individual.

