



## Formulario de solicitud de corrección del registro de vacunación COVID-19 del RICAIR

Utilice este formulario para solicitar una corrección o adición a un registro de vacunación COVID-19 en el Registro de Vacunación para Niños y Adultos de Rhode Island (Rhode Island Child and Adult Immunization Registry, RICAIR). Para obtener más información sobre el RICAIR, visite <https://health.ri.gov/ricair>. Si la documentación presentada cumple con nuestros criterios, la información de este formulario se utilizará para actualizar el registro de vacunación del RICAIR.

Envíe el formulario completado y los archivos adjuntos requeridos a [RIDOH.RICAIR@health.ri.gov](mailto:RIDOH.RICAIR@health.ri.gov) o por correo a:

RICAIR/KIDSNET Updates  
3 Capitol Hill  
Providence, RI 02908

**\*IMPRIMA\***

Información del paciente					
Nombre del paciente:					
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)		Género:			
Raza:		Origen étnico:			
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Consultorio de atención primaria:		Seguro:			
Información de contacto:					
Celular:	( )	Teléfono residencial:	( )		
Dirección de correo electrónico principal:					
Dirección de correo electrónico alternativa:					
Dirección anterior:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	



# Formulario de solicitud de corrección del registro de vacunación COVID-19 del RICAIR

**Adjunte una copia de su registro de vacunación COVID-19 o cualquier otro documento solicitado.**

## Corrección/Acción requerida (marque todas las que correspondan)

- Me gustaría agregar o corregir una vacuna contra el COVID-19 en mis registros (**Adjunte una copia de su registro de vacunación COVID-19**).
  
- Me gustaría corregir o actualizar lo siguiente en mis registros de vacunas vigentes (**Adjunte una prueba de identidad**).

  - Nombre
  - Dirección
  - Correo electrónico
  - Número de teléfono
  - Fecha de nacimiento

Las solicitudes para cambiar su nombre, dirección, número de teléfono, correo electrónico o fecha de nacimiento en su registro de vacunación requieren que proporcione una prueba de identidad de acuerdo con las siguientes pautas:

- una copia de UNA (1) identificación emitida por el gobierno, como licencia de conducir, pasaporte, identificación militar, certificado de naturalización o tarjeta de extranjero residente; o
- una copia de DOS (2) documentos que proporcionen tanto su nombre como su dirección actual, incluyendo facturas de servicios públicos, extractos bancarios, seguro, registro de automóvil, recibos, entre otros.

**\*\* No se procesarán los formularios de solicitud de corrección de registros recibidos sin la prueba de identidad adecuada o la autorización completada.\*\***

**Autorización**  Por la presente certifico bajo pena de perjurio que soy la persona identificada en este formulario, su padre, madre o tutor legal, o que soy su apoderado legal, y que tengo el derecho legal de acceder o solicitar que se realicen cambios descritos en este documento. Asimismo, certifico que toda la información contenida en este documento es precisa y correcta. Acepto que la información anterior **podría** ingresar en el Registro de Vacunación para Niños y Adultos de Rhode Island (RICAIR) para coordinar de la atención y monitorear la cobertura de vacunación en todo el estado.

<b>Firma</b>		<b>Fecha</b>	
--------------	--	--------------	--