



Proceso para solicitar un reemplazo de tarjeta de vacunación/certificado

Solo para personas vacunadas en Hawái

Actualización: 06/01/22

Process to Request Replacement Vaccination Card - Spanish

| ¿En dónde se vacunó usted? | ¿Cómo solicito el reemplazo de la tarjeta/certificado? |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hospital, farmacia, clínica, centro de salud, Ministerio de Defensa o Administración de Veteranos | Pongase en contacto con el proveedor que le administró la vacuna, o acuda la ubicación donde se le administró la vacuna |
| Windward Community College, punto de distribución del Centro de Salud de Windward, punto de distribución de la Administración de Salud Mental, Leeward Community College, Universidad de Hawái, Project Vision Hawaii, vacunación a domicilio en Oahu o en centros penitenciarios de Oahu | Llame al 808-586-8332 |
| Punto de distribución del Departamento de Salud de Hawái en (HI-DOH, por sus siglas en inglés): Kauai, Maui o Big Island (isla grande) | Contacte a la Oficina de Salud del Distrito de HI-DOH en el condado respectivo. Kauai: 808-241-3495; Maui: 808-984-8201; Big Island: 808-974-6012 |
| En un punto de distribución que ahora esté cerrado Y que usted SEPA quién dirigía el punto de distribución | Contacte al proveedor que operó el punto de distribución (por ejemplo, Queens, Hawaii Pacific Health, etc) |
| Si no conoce a quién estaba a cargo del punto de distribución en donde recibió su vacunación | Llame al 808-586-8332 o 833-711-0645. Proporcione su: Nombre, fecha de nacimiento, ubicación de vacunación, fecha y hora aproximadas de vacunación, su número telefónico de retorno o dirección de correo electrónico |
| | |
| Se aceptará la impresión del Sistema de Gestión de Vacunas (VAMS, por sus siglas en inglés). Si se inscribió en la vacunación mediante VAMS, inicie sesión en el sistema e imprima el certificado VAMS. | |