

Guía de la página web de ICON:

Cómo ingresar los registros de vacunación en ICON

1. Diríjase a toronto.ca/StudentVaccines y haga clic en el **Report or Access Vaccination Records**.

Parents/guardians can submit and/or access their child's vaccination information to Toronto Public Health.

Report or Access
Vaccination Records

2. Haga clic en el botón **'Get Started!'**.

Immunizations Keep Ontarians Healthy!

COVID-19 Vaccine



Get Started!

View or Submit Immunizations

3. Seleccione el tipo de dispositivo que esté utilizando.

What type of device are you using?

Personal Device

Public Device

4. Lea la Política de uso aceptable y seleccione **'I Accept'** o **'I Do Not Accept'**. Si usted no acepta, llame al 416-338-7600 y "seleccione la opción 2 para inmunización" para obtener ayuda adicional.

Acceptable Use Policy

TERMS OF USE AGREEMENT

GENERAL

The City of Toronto, Public Health Division ("City") maintains information collected via the Immunization Connect Ontario ("ICON") website for the City of Toronto Health Unit. ICON is a web-based service provided by the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care to enable the public to electronically submit and retrieve certain immunization information.

I Accept

I Do Not Accept

5. Verifique el paciente ingresando el número de la tarjeta sanitaria de Ontario (OHCN) de su hijo y otros detalles (incluidos el nombre y la fecha de nacimiento) o el número de identificación de inmunización de Ontario (OIID) de su hijo. Una vez que haya ingresado la información, seleccione **"Verify ID"** o **"Verify Patient."** Si recibió una carta del Departamento de Salud Pública de Toronto (TPH), el número OIID es un número de 10 dígitos que se encuentra en la esquina superior derecha. Si no tiene un número de OIID, llame al 416-338-7600 y "seleccione la opción 2 para inmunización".

Verify with Health Card Number

Ontario Health Card Number

Version Code

[View Example](#)

Stock Control Number (SCN)

This 9 digit alpha-numeric code can be found on the back of your Health Card. [View Example](#).

This Health Card Number belongs to:

Me

A Dependant

Patient First Name

Patient Last Name

Sex

Male

Female

Other

Date of Birth (YYYY-MM-DD)

Verify Patient with Immunization ID

Ontario Immunization ID

[Learn more](#) about the Ontario Immunization ID and where it can be found.

[Learn more](#) about the Ontario Immunization ID and where it can be found.

Verify ID

[Return to top of page](#)

OR

6. Para ver las vacunas,
- Seleccione a quién pertenece el registro de vacunación:
 - **Dependent** = usted es el progenitor de un niño/estudiante menor de 15 años
 - **Me** = usted es un estudiante de 16 años o mayor
 - Ingrese el PIN [número de identificación personal, NIP] y seleccione '**Verify Patient!**' Si olvidó su PIN, haga clic en '**Forgot PIN!**'

Nota: Si ingresa demasiados PIN incorrectos, es posible que sea bloqueado de ICON. Llame al 416-338-7600 para obtener ayuda adicional.

Verify PIN to View Immunizations

Ontario Immunization ID

This Ontario Immunization ID belongs to: ←

Me

A Dependant

PIN ←

[Forgot PIN](#)

Verify Patient

←

7. Una vez que usted esté en el registro del niño/ estudiante, verá una lista de las vacunas necesarias. Por ejemplo:

- Tos ferina
- Difteria
- Tétanos

8. Haga clic en **'Submit Immunizations'** para empezar a ingresar las vacunas que falten.

Missing information from the record above?

Submit Immunizations

9. Seleccione **'Yes'** si recibió una carta del Departamento de Salud Pública de Toronto (TPH) y **'No'** si no la recibió.

10. Seleccione **'Yes'** si TODAS las vacunas que va a ingresar se administraron en Ontario. Seleccione **"No"** si recibió una o más vacunas fuera de Ontario, o seleccione **'Unsure'** si no lo sabe.

Immunizations

Have you received a letter from Toronto Public Health asking for updated immunization information? ^

Yes
 No

Were ALL the immunizations that you are entering received in Ontario? ^

Yes
 No
 Unsure

11. Ingrese el formato en el que va a ingresar las vacunas en ICON (por fecha o por vacunación/nombre de marca)

12. Elija el formato de la vacuna que va a ingresar: Agrupadas por fecha/tarjeta amarilla o agrupados por registro de vacunación.

What format is the immunization record you are entering? ^

Grouped by Date / Yellow Card

2012-03-26

DTaP-IPV-Hib
Pneu-C
Rota-5

Grouped by Immunization

DTaP-IPV-Hib

2012-03-26
2012-05-21
2012-07-17

[Save and Proceed to Documents](#)

Los pasos que siguen serán similares, sin importar la opción que elija.

13. Haga clic en **'Add a Date & Immunization'** Aparecerá una ventana emergente en la pantalla donde podrá ingresar la información sobre la vacuna.

Format? (Grouped by Immunization)

Please Enter Immunizations

Add a Date & Immunization

Save and Proceed to Documents

14. Ingrese la fecha en que se administró la vacuna. Una vez que haya ingresado la fecha, ingrese el **'Immunization/Brand Name'**. Cuando vea el nombre en el menú desplegable, haga clic en la opción correspondiente.

Enter a date and the immunization received on that date.

Date (YYYY-MM-DD)

2 Months

DTaP-IPV-Hib

Enter a date and the immunization received on that date.

Date (YYYY-MM-DD)

2008-09-24

Date is estimated

Immunization / Brand Name

tetanus, dip

Agents (Immunizations)

DTaP-IPV-Hib ★ Common

Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio, Hib

Td ★ Common

Tetanus, Diphtheria

Tdap ★ Common

Tetanus, Diphtheria, Pertussis

14-16 Years

Tdap Tetanus, Diphtheria, Pertussis

24-26 Years

Tdap Tetanus, Diphtheria, Pertussis

35 Years+

Td Diphtheria, Tetanus

El calendario de vacunación financiado con fondos públicos de Ontario comienza a la edad de dos meses. Consulte el panel lateral de la pantalla, su tarjeta amarilla o la tabla proporcionada a medida que ingresa las fechas y la marca de la vacuna.

- Confirme la información del paciente.
- Ingrese todos los campos de datos en la pantalla "Información del remitente". Haga clic en **'Save and Proceed to Review.'**

Additional Information

Please enter any missing information below. Please note that changes will not appear until reviewed by your local public health unit.

Phone

<input type="text"/>	Ext	<input type="text"/>
----------------------	-----	----------------------

This will be used to contact you if there are any questions about your submission.

Ontario Health Card Number (optional)

We can send you an email confirmation

Email (optional)

Confirm Email (optional)

We will email you a confirmation when your submission has been processed. We will not share this email address with anyone else.

[Back to Documents](#) [Save and Proceed to Review](#)

- Revise y asegúrese de que toda la información esté correcta. Haga clic en **'Submit Immunizations.'** Recibirá un número de seguimiento para su referencia.

[Submit Immunizations](#)

Table for how to enter vaccinations into ICON

Age at Vaccination	Vaccines	Vaccine/Brand Name	Product Name
2 months	Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio, Haemophilus influenzae type b	DTaP-IPV-Hib	Pediacel or Pentacel or Infanrix-IPV/Hib
	Pneumococcal Conjugate 13	Pneu-C-13	Pprevnar 13
	Pneumococcal Conjugate 15	Pneu-C-15	Vaxneuvance
	Rotavirus	Rot-1	Rotarix
		Rot-5	RotaTeq
		Rota	N/A
4 months	Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio, Haemophilus influenzae type b	DTaP-IPV-Hib	Pediacel or Pentacel or Infanrix-IPV/Hib
	Pneumococcal Conjugate 13	Pneu-C-13	Pprevnar 13
	Pneumococcal Conjugate 15	Pneu-C-15	Vaxneuvance
	Rotavirus	Rot-1	Rotarix
		Rot-5	RotaTeq
		Rota	N/A
6 months	Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio, Haemophilus influenzae type b	DTaP-IPV-Hib	Pediacel or Pentacel or Infanrix-IPV/Hib
12 months	Pneumococcal Conjugate 13	Pneu-C-13	Pprevnar 13
	Pneumococcal Conjugate 15	Pneu-C-15	Vaxneuvance
	Meningococcal Conjugate	Men-C-C	Menjugate or NeisVac-C
	Measles, Mumps, Rubella	MMR	Priorix or MMR II
15 months	Varicella	Var	Varivax III or Varilrix
18 months	Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio, Haemophilus influenzae type b	DTaP-IPV-Hib	Pediacel or Pentacel or INFANRIX
4 to 6 years	Measles, Mumps, Rubella, Varicella	MMRV	Proquad or Priorix-Tetra
	Tetanus, Diphtheria, Pertussis, Polio	Tdap-IPV	Adacel-Polio or Boostrix-Polio
Grade 7 Note: Meningococcal vaccine is mandatory for school attendance	Hepatitis B	HB	Recombivax HB or Engerix-B or Twinrix (HAHB) or Prehevbrio
	Meningococcal Conjugate ACYW-135	Men-C-ACYW	Menactra or Nimenrix or MenQuadfi or Menveo
	Human Papillomavirus	HPV-9	Gardasil 9
14 to 16 years	Tetanus, diphtheria, pertussis	Tdap	Adacel or Boostrix