

**Registro de Servicios y Actividades
de Inmunización del Estado de Georgia
(GRITS)**



Formulario para Solicitar la Baja del Registro

Nota: Este formulario es requerido para permitir que un individuo solicite que el expediente de vacunas de una persona sea dado de baja del registro y que éste no acepte nuevos datos.

Nombre del cliente: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Raza _____
Mes/ Día /Año M/F o desconocido

Nombre del Padre o Tutor: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Parentesco: _____ Número de teléfono: _____
Área Número

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Solicito que la persona cuyos datos se consignan sea dada de baja del Registro de Servicios y Actividades de Inmunización del Estado de Georgia (GRITS). Acepto que el Estado elimine del registro todos los datos de vacunas de esta persona como resultado de esta acción. El registro sólo mantendrá información demográfica necesaria para identificar al cliente que ha optado por darse de baja del registro. Esta información es necesaria para facilitar al registro filtrar y rechazar información relacionada con las vacunas del cliente. También se dará de baja del registro todo otro expediente de vacunas referido al cliente.

Este formulario se conservará en la Oficina del Programa de Inmunización del Estado de Georgia donde estará disponible para revisión de acuerdo con el artículo 31-12-3.1 de la ley OCGA y las normas y reglamentaciones del Programa de Inmunización del Departamento de Recursos Humanos, División de Salud Pública.

No se incluirá en el registro ninguna información de vacunas sobre este cliente hasta que el padre o tutor envíe una notificación al Programa de Inmunización del Estado de Georgia, donde se indique la intención de reincorporarse al registro. El proveedor de servicios pone a disposición un Formulario de Reincorporación a través del sistema electrónico de GRITS. Para permitir el ingreso de información sobre este cliente, el Programa de inmunización del Estado de Georgia debe recibir un Formulario de Reincorporación completo y firmado por una persona responsable.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Este formulario tiene que ser enviado por correo a la siguiente dirección. Las acciones para dar de baja del registro a una persona sólo pueden tomarse después de recibir y procesar el formulario firmado:

**GRITS – OPT-OUT
DHR – DPH – Immunization Program
2 Peachtree Street NW
13th Floor, Room 476
Atlanta, GA 30303-3142**