

Sistema de registro de inmunizaciones de San Antonio (SAIRS)

Solicitud para salirse de SAIRS

Nota: Este formulario es necesario para permitir que una persona solicite que su historial de inmunizaciones se elimine del registro y que no se acepte más información sobre las inmunizaciones en el registro.

Nombre del cliente (persona cuya información <i>debe eliminarse del registro</i>):												
Apellido:				Primer nombre:				Segundo nombre:				
Fecha de nacimiento								Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido				
	M	M	D	D	A	A	A					
Apellido de soltera de la madre	Apellido:				Primer nombre:				Segundo nombre:			
Nombre de la persona que autoriza la eliminación de la información de registro:												
Nombre del padre de familia o tutor		Apellido:				Primer nombre:				Segundo nombre:		
Relación con el cliente:												
Dirección postal												
Ciudad					Estado				Código postal			

Solicito que se elimine la información de las inmunizaciones de esta persona del Sistema de registro de inmunizaciones de San Antonio (SAIRS). Entiendo que la ciudad de San Antonio eliminará todos los datos sobre inmunizaciones de este cliente del registro, como resultado de esta acción. El registro conservará solamente la información demográfica principal y necesaria para identificar al cliente que eligió salirse del registro. Esta información es necesaria para permitir que el registro filtre y rechace el ingreso de la información de inmunizaciones del cliente. Además, cualquier registro de inmunizaciones anterior asociado con el cliente se eliminará del registro.

Este formulario de *Solicitud para salirse de SAIRS* se guardará en la oficina de la División de inmunizaciones del Distrito de Salud de San Antonio y sólo se puede divulgar según se describe en el *Aviso sobre las prácticas de privacidad*.

No se agregará ninguna información de inmunizaciones al registro de este cliente hasta que el personal de SAIRS reciba la notificación de que el padre de familia o tutor legal desea optar de nuevo al registro o el cliente autorice participar en el registro por medio de un proveedor participante. En el sitio web de SAMHD en <http://www.sanantonio.gov/health/Immunizations-SAIRS.html> se encuentra disponible un formulario de una *Solicitud para optar a SAIRS*.

Solamente se procesarán las solicitudes que estén completas. Permita que transcurran de 10 a 15 días laborales a partir de la fecha en que se reciba el formulario en nuestra oficina para procesarlo.

Firma del cliente o padre de familia/tutor

Fecha

Enviar por correo o entregar personalmente en la siguiente dirección:

Metro Health -- Immunization Division
SAIRS Opt Out
332 W. Commerce, Suite 108
San Antonio, TX 78205
(210) 207-8790