

## Registro de Servicios y Actividades de Inmunización del Estado de Georgia (GRITS) Formulario de solicitud de exclusión del registro

**Nota: Este formulario se requiere cuando alguien desea solicitar para que la historia de inmunización de una persona sea excluida del registro y que ninguna información adicional sobre inmunización sea aceptada en el mismo.**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_  
MM/DD/AAAA M/F o desconocido

Nombre del padre/madre o guardián: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Parentesco: \_\_\_\_\_ Apellido de soltera de la madre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Código de área Número

Dirección de calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Solicito que esta persona sea excluida del Registro de Servicios y Actividades de Inmunización del Estado de Georgia (GRITS, por sus siglas en inglés). Entiendo que, como resultado de esta acción, el estado borrará del registro toda la información sobre la inmunización de esta persona. El registro mantendrá únicamente la información demográfica básica necesaria para identificar el cliente que ha optado por salirse del registro. Esta información es necesaria para permitir que el registro filtre y rechace la entrada de información sobre inmunización del cliente. Además, cualquier registro de inmunización previa asociado con el cliente será también borrado del registro.

El formulario de solicitud de exclusión será mantenido en la Oficina de Inmunizaciones de Georgia, donde estará disponible para su revisión, conforme a la ley OCGA sec. 31-12-3.1 y las normas y reglamentos del Departamento de Salud Pública (DPH, por sus siglas en inglés) y el Programa de Inmunización y Enfermedades Infecciosas (IDI, por sus siglas en inglés).

Ninguna información sobre la inmunización de este cliente podrá ser agregada al registro hasta que la Oficina de Inmunizaciones de Georgia reciba una notificación de los padres o del guardián legal expresando su deseo de ser incluido otra vez en el registro. Un formulario de solicitud de inclusión puede ser obtenido del proveedor de servicios, a través del sistema en línea GRITS. La Oficina de Inmunizaciones de Georgia debe recibir un formulario de solicitud de inclusión, completado y firmado por la persona responsable, para permitir que se ingrese información sobre la inmunización de este cliente.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**La acción de borrar a una persona del registro sólo puede ocurrir luego de haber recibido y procesado este formulario firmado. Este formularios debe ser enviado a la siguiente dirección:**

**GRITS OPT-OUT  
DPH Immunization Office  
200 Piedmont Avenue SE  
West tower Suite 1508  
Atlanta, GA. 30334**