

Registro de Servicios y Actividades de Inmunización del Estado de Georgia (GRITS) Formulario de solicitud de inclusión en el registro

Nota: Este formulario se requiere para que se permita que una persona quien previamente optó por no participar en el registro, vuelva a ser incluida en el mismo, permitiendo así que la información sobre inmunización de esta persona sea recopilada.

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 incluida de nuevo en el 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 podrá para agregar en el registro toda información sobre la inmunización de esta persona de los proveedores participantes. El registro será la fuente oficial de historial de inmunización de esta persona.

El formulario de solicitud de inclusión 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).

Entiendo que la información sobre 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 excluido del registro. Un formulario de solicitud de exclusión 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 exclusión, completado y firmado por la persona responsable, antes de cambiar el estatus de la persona previamente nombrada.

Firma del padre/madre o guardián Fecha

La acción de agregar a una persona en el registro sólo puede ocurrir luego de haber recibido y procesado este formulario firmado. Este formulario debe ser enviado a la siguiente dirección:

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

We protect lives.