



IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH & WELFARE

C.L. "BUTCH" OTTER – Gobernador
RICHARD M. ARMSTRONG – Director

PROGRAMA DE VACUNACIÓN DE IDAHO
OFICINA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA
450 West State Street, 4th Floor
PO Box 83720
Boise, ID 83720-0036
TELÉFONO 208-334-5931
FAX 208-334-4914

Sistema de información recordatorio de vacunación de Idaho (IRIS) Formulario de solicitud de exclusión

El Sistema de información recordatorio de vacunación (*IRIS*) Idaho es un sistema de información médica seguro que contiene los nombres y antecedentes de vacunación de las personas que han recibido vacunas en Idaho. Esta información está disponible sólo para los proveedores autorizados de atención médica, proveedores de cuidado infantil y escuelas. La participación en *IRIS* es voluntaria y usted puede optar por excluirse en cualquier momento al ponerse en contacto con el Programa de vacunación de Idaho al (208)334-5931 y solicitar un formulario de exclusión, o al completar el formulario de solicitud de exclusión en nuestro sitio web www.immunizeidaho.com.

Las personas pueden optar por salir de IRIS en una de dos maneras (por favor elija sólo una):

Deseo la exclusión de *IRIS* para mí, mi hijo menor de edad (menores de 18 años), o la persona para la cual soy un tutor legal. Por favor, elimine sólo la información relacionada con la vacunación. Doy autorización para que mi /su información demográfica, incluyendo nombre, dirección, número de teléfono, apellido de soltera de la madre, fecha de nacimiento y sexo sea retenida en *IRIS*. Esta información demográfica retenida no será visible para los proveedores médicos, escuelas o personal de cuidado de niños. Entiendo que permitir que la información demográfica sea retenida en *IRIS* reducirá la posibilidad de re-entrada accidental o intencional de la información de vacunación sobre mí/él/ella.

O

Deseo la exclusión de *IRIS* para mí, mi hijo menor de edad (menores de 18 años), o la persona para la cual soy un tutor legal. Por favor, elimine toda la información de *IRIS*: tanto la de vacunación como la demográfica. Al elegir esta opción, entiendo que en cualquier momento, la información sobre mí mismo, mi hijo, o de la persona para quien soy un tutor legal, puede volver a ser ingresada por un proveedor de atención médica. Entiendo que debo trabajar con el/los profesional(es) de salud para garantizar que esta información no se vuelva a ingresar en el sistema *IRIS*.

Independientemente del método de exclusión que haya seleccionado, por favor complete la siguiente información sobre la persona que se va excluir (todos los campos deben ser completados para asegurar que la persona correcta sea eliminada de *IRIS*):

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Inicial 2º nombre

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____
MM/DD/AAAA (M/F/Desconocido)

Persona que solicita la exclusión del paciente: _____ Relación con el paciente: Sí mismo/Padre/Tutor
(Por favor encierre uno)

Apellido de soltera de la madre del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico del paciente: _____
(Código de área) Número

La información sobre la persona que realiza la solicitud de exclusión (esta información se utilizará para contactarlo si este formato está incompleto o poco claro, para enviarle una carta una vez que su solicitud ha sido completada, y será presentado como documentación legal de la solicitud de exclusión).

Igual que el anterior (Si no es así, por favor complete la información adicional a continuación):

Nombre de la persona que solicita la exclusión del paciente: _____

Relación con el paciente: Sí mismo/Padre/Tutor (**por favor encierre una opción**)

Dirección: _____

Estado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____ Dirección correo electrónico: _____

Entiendo que mi solicitud de exclusión de IRIS para mí, mi hijo menor de edad, o persona para la cual soy un tutor legal significa que el registro que se va a eliminar no estará disponible para los proveedores médicos autorizados, proveedores de cuidado infantil, o funcionarios de la escuela a través de IRIS.

Por favor, recuerde que si usted opta para que retiren información sobre usted de IRIS, su hijo menor de edad, o persona para quien usted es el tutor legal, entonces, usted debe mantener los registros de vacunación de la persona. La verificación de vacunación del estado es un requisito para el ingreso a las escuelas (incluyendo algunas escuelas secundarias e instituciones universitarias), campamentos de verano o de días, el empleo en ciertas industrias, la participación en ciertas actividades de voluntariado y otras situaciones.

Firma

Fecha

Al firmar [o firmar digitalmente] este formato, verifico que la información anterior es exacta y representa mi solicitud de que la información sobre mí mismo, mi hijo menor de edad, o persona para la que soy un tutor legal, sea borrada de IRIS. Certifico que tengo la autoridad legal para tomar decisiones para la persona que aparece en este formulario.