

Envíe este formulario por fax o correo a: **New Hampshire Immunization Program, 29 Hazen Drive, Concord, NH 03301**

Attn: Registry Administrator, fax: 603-696-3266

Información sobre el receptor de la vacuna (TAL COMO APARECE EN EL NHIIS): a completarse por el participante o los padres/tutor legal

Nombre del receptor de la vacuna/participante (en letra de imprenta)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Identificación del paciente del NHIIS (si se conoce)	
Dirección (calle)	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono o dirección de correo electrónico	

Reconocimiento:

- ❖ Entiendo que esta renuncia a la participación en el registro no impedirá que mi hijo o yo recibamos inmunizaciones/vacunas.
- ❖ Entiendo que la renuncia eliminará toda la información existente sobre las vacunas dentro del NHIIS de mí mismo o de mi hijo. Se trata de una eliminación permanente que no puede deshacerse.
- ❖ Entiendo que puedo revocar mi decisión completando el formulario "Revocar la decisión anterior de no participar en el registro de inmunización/vacunación de New Hampshire" con mi proveedor de atención médica actual.
- ❖ Entiendo que es mi responsabilidad informar a mis otros proveedores de atención médica respecto de mi decisión de renuncia a la participación en el registro para que no se informe ninguna información futura sobre inmunización/vacunación al NHIIS.
- ❖ Los pacientes que eligen retirar su participación en el registro no están exentos de la obligación de cumplir con los requisitos de vacunación vigentes establecidos en la norma RSA 141-C:20-a y He-P 301.14.

_____ (iniciales aquí) **Retiro la participación de mi hijo y solicito la eliminación de toda la información de mi hijo**

Nombre del padre/madre o tutor legal (si el participante es mayor de 18 años) (en letra de imprenta)	Relación con el participante	Firma del participante, padre, madre o tutor legal (firmar ante un notario)	Fecha de la solicitud
---	-------------------------------------	--	------------------------------

Proveedor de atención médica
<i>Nombre del centro o la clínica e identificación de la clínica</i>
<i>Nombre del proveedor de atención médica</i>
<i>Firma del proveedor de atención médica</i>
<i>Fecha:</i> _____

Notario público
<i>Suscrito y jurado ante mí el</i> _____ de _____ (mes) de _____ (año)
O <i>Firma y sello del notario</i>
<i>Mi mandato se encuentra vigente hasta el:</i> _____



Formulario de renuncia al Sistema de Información de Vacunación de New Hampshire (NHIIS)

Envíe este formulario por fax o correo a: **New Hampshire Immunization Program, 29 Hazen Drive, Concord, NH 03301**

Attn: Registry Administrator, fax: 603-696-3266

Aviso: En caso de que el Departamento de Salud Pública de NH fuera el proveedor médico (p. ej., clínica de COVID-19 gestionada por el estado), se conservará una copia de la(s) vacuna(s) proporcionada(s) por el Departamento/el agente autorizado del Departamento en un sistema independiente que cumpla con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) durante un período de 7 años para los adultos y de 7 años o hasta que el menor cumpla 19 años para los menores con el fin de cumplir con Med (501.02(f) (8) y He-P 802.06 (h).