



Opt-Out Form *For a Dependent*

Arizona State Immunization Information System (ASIIS)

INSTRUCTIONS: Complete this form and email it to asiishelpdesk@azdhs.gov. If you have any questions, please call (602) 364-3899.

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

I request that my dependent's immunization record be suppressed in the Arizona State Immunization Information System (ASIIS). This will prevent other healthcare providers, daycare centers, and schools from having access to my dependent's vaccinations in ASIIS. I understand that if I do not keep documentation of my dependent's vaccination record, these records will not be accessible in the registry if the records of the physician's office are not available.

I understand that I am not required to release my dependent's immunization information so that my dependent can receive vaccinations.

Printed Guardian Name: _____

Guardian Signature: _____ Date: _____



Formulario de Exclusión Voluntaria *Para un Dependiente*

Sistema Informático de Inmunización del Estado de Arizona (ASIIS)

INSTRUCCIONES: Complete este formulario y envíe por correo electrónico a asiishelpdesk@azdhs.gov. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al (602) 364-3899.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Solicito que mi registro de vacunas sea suprimido en el Sistema de Información de Inmunización del Estado de Arizona (ASIIS). Esto va a prevenir que otros proveedores de atención médica, guarderías y escuelas tengan acceso a las vacunas de mi dependiente en ASIIS. Entiendo que si no conservó la documentación del registro de vacunación de mi dependiente, estos registros no estarán disponibles.

Entiendo que no estoy obligado a dar la información de vacunación de mi dependiente para que pueda recibir las vacunas.

Nombre del Padre o Tutor: _____

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____