



Opt-Out Form

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.

Name:		
Date of Birth:	Gender:	
Address:		
City:	State:	Zip Code:
Phone Number:		
Social Security Number (Optional):		

I request that my immunization record be suppressed in the Arizona State Immunization Information System (ASIIS). This will prevent any other healthcare providers and schools from having access to my vaccinations in ASIIS. I understand that the "Lifetime Immunization Record" document will be my only immunization record.

Signature: _____ Date: _____



Formulario de Exclusión Voluntaria del 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:		
Fecha de Nacimiento:	Género:	
Direccion:		
Cuidad:	Estado:	Código Postal:
Numero de Telefono:		
Número de Seguro Social (Opcional):		

Solicito que mi registro de vacunas sea suprimido en el registro de ASIIS. Esto va a prevenir que otros proveedores de atención médica y escuelas tengan acceso a mis vacunas en ASIIS. Me doy cuenta de que el documento "Registro de Inmunización de por vida" será mi único registro de vacunas.

Firma: _____ Fecha: _____