Sistema de registro de inmunizaciones de San Antonio (SAIRS)
Solicitud para optar a SAIRS

Nota: Este Formulario es necesario para permitir que una persona que haya decidido salirse anteriormente del registro pueda optar de nuevo al registro permitiendo así la recopilación de datos de inmunización sobre la persona.

Nombre del cliente (persona cuya información *debe ingresarse en el registro*):										
Apellido:					**Primer nombre:**				**Segundo nombre:**	
Fecha de nacimiento									**Sexo:** ☐ **Masculino** ☐ **Femenino**	
	M	**M**	**D**	**D**	**A**	**A**	**A**	**A**	☐**Desconocido**	
Apellido de soltera de la madre	**Apellido:**								**Primer nombre:**	**Segundo nombre:**

Nombre de la persona *que autoriza el ingreso* de la información de registro:					
Nombre del padre de familia o tutor	**Apellido:**		**Primer nombre:**		**Segundo nombre:**
Relación con el cliente:					
Dirección postal					
Ciudad		**Estado**		**Código postal**	

Solicito que se reincorpore a esta persona en el Sistema de registro de inmunizaciones de San Antonio (SAIRS). Entiendo que esta acción permitirá que el Distrito de Salud de San Antonio (SAMHD) agregue todos los datos de inmunización disponibles sobre esta persona de proveedores participantes al registro como resultado de esta acción. El registro será la fuente oficial del historial de inmunizaciones para esta persona.

Este formulario de *Solicitud para optar a SAIRS* se guardará en la oficina de la División de inmunizaciones de SAMHD y sólo se puede divulgar según se describe en el *Aviso sobre las prácticas de privacidad*.

Entiendo que se puede agregar la información sobre inmunizaciones al registro de este cliente hasta que la División de inmunizaciones de SAMHD reciba una notificación del padre de familia o tutor legal que indique el deseo de salirse del registro. En http://www.sanantonio.gov/health/Immunizations-SAIRS.html se encuentra disponible un formulario de una *Solicitud para salirse de SAIRS*. SAMHD debe recibir un formulario de *Solicitud para salirse de SAIRS*, completado y firmado antes de cambiar el estado de la persona que se mencionó anteriormente.

Solamente se procesarán las solicitudes que estén completas. Permita que transcurran de 10 a 15 días laborales a partir de la fecha en que se reciba el formulario en nuestra oficina para procesarlo.

_____ _____

Firma del cliente o padre de familia/tutor **Fecha**

Enviar por correo o entregar personalmente en la siguiente dirección:
Metro Health -- Immunization Division
SAIRS Opt In
332 W. Commerce, Suite 108
San Antonio, TX 78205
(210) 207-8790