



Dedicated to protecting and improving the health and environment of the people of Colorado

**Sistema Informativo de Vacunación de Colorado
 Formulario de Anulación al no Participación**

(Por Favor Imprimir) Primer Nombre		Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento
Dirección: Calle			Apartamento	
Dirección:	Ciudad	Estado	Código Postal	
Nombre del Doctor o de la Clínica			Dirección del Doctor o de la Clínica	

El Sistema Informativo de Vacunación de Colorado es un sistema de registro confidencial y computarizado donde se registran los datos de vacunaciones de su hijo(a) en un solo lugar, incluso si las vacunas fueron aplicadas en diferentes clínicas. Por medio del sistema, su proveedor de salud podrá ver las vacunas que su hijo(a) ha recibido incluso si Ud. olvida traer sus registros. Su proveedor de salud podrá imprimir los formularios de vacunación que Ud. necesita para la guardería, escuela y campamentos, directamente de la computadora.

La información del Sistema Informativo de Vacunación Infantil de Colorado puede ser entregada sólo a:

- el individuo o a los padres/tutores del niño
- el médico o el proveedor de salud del individuo
- la escuela, guardería o universidad donde este matriculado el individuo
- una organización de asistencia o seguro de salud en el que el individuo esté inscrito, si la organización o seguro de salud paga por las vacunas
- hospitales, personas o entidades que tienen contrato con el Estado de Colorado para las vacunas
- el Departamento de Política y Financiamiento de Atención de Salud para individuos inscritos en Medicaid.

Cualquier persona que entregue información del Sistema Informativo de Vacunación de Colorado a alguien que no tenga permiso para tener dicha información, comete un delito y puede ser castigado. Bajo la ley de Colorado Ud. tiene la opción de excluir la información de vacunación de su hijo(a) del Sistema Informativo de Vacunación de Colorado en cualquier momento. Si cambia de opinión Ud., puede hacer que su proveedor de salud reingrese los registros de vacunación de su hijo(a) posteriormente. Si decide no participar Ud. es responsable de mantener los registros de vacunación de su niño.

Al firmar este formulario, confirmo que soy el individuo/padre o tutor legal del individuo nombrado arriba. Había elegido excluir la información de vacunación sobre mi/de mi hijo(a) del Sistema Informativo de Vacunación Infantil de Colorado. En este momento, pido que la información de vacunación de mi hijo(a) **sea incluida** en el Sistema Informativo de Vacunación de Colorado.

(Por favor, Imprimir) Primer Nombre del Individuo/Padre o Tutor Legal	Apellido
Firma del Individuo/Padre o Tutor Legal	Fecha

**Es su responsabilidad enviar por correo o fax este formulario al:
 Sistema Informativo de Vacunación de Colorado
 DCEED-IMM-A3
 4300 Cherry Creek Dr South
 Denver, CO 80246-1530
 Fax 303-758-3640**

**Si tiene preguntas llame al:
 1-888-611-9918**

July 2013

