

## RETIRO DE CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN NYSIIS PARA PERSONAS MAYORES DE 19 AÑOS

Mediante el presente retiro mi consentimiento para incluir mi información personal y sobre mis inmunizaciones en el Sistema de Información sobre Inmunizaciones del Estado de Nueva York (NYSIIS). Entiendo que los registros de inmunizaciones que NYSIIS recibió con mi consentimiento permanecerán registrados allí; sin embargo, no se registrarán en NYSIIS las inmunizaciones que reciba en el futuro.

Nombre

Fecha de nacimiento

Dirección

Firma

Envíe este formulario lleno a:

Sistema de Información sobre Inmunizaciones del Estado de Nueva York  
Departamento de Salud del Estado de Nueva York  
Corning Tower, Room 678  
Albany, NY 12237