

Formulario para rechazar, empezar a compartir o solicitar información sobre los datos de vacunación (TB)

Marque (✓) la/las declaración(es) que apliquen:	
Mi nombre completo:	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> él mismo <input type="checkbox"/> padre/madre/tutor
Nombre del paciente	Dirección del paciente
Fecha de nacimiento del paciente:	Ciudad y código postal
	Teléfono:
Rechazar compartir	
<input type="checkbox"/> RECHAZO permitir que los datos de vacunación o pruebas de tuberculosis (TB) míos o de mi hijo(a) se compartan con otros profesionales de salud, entidades o escuelas en el Registro de Vacunación de California (CAIR, en inglés).*	
<p><i>* Nota: Los datos de vacunación aún se pueden documentar en el registro para el uso del consultorio médico. Por ley, los funcionarios de salud pública también pueden tener acceso a los datos de vacunación o pruebas de TB en caso de una emergencia de salud pública.</i></p>	
Empezar a compartir (Rechacé antes, ahora cambio de opinión y deseo compartir).	
<input type="checkbox"/> PERMITO que los datos de vacunación o pruebas de tuberculosis (TB) míos o de mi hijo(a) se compartan con otros profesionales de salud, entidades o escuelas en el Registro de Vacunación de California (CAIR, en inglés).	
Solicitar Información	
<input type="checkbox"/> SOLICITO una lista de las entidades que vieron los datos de vacunación o pruebas de tuberculosis míos o de mi hijo(a) conservados en CAIR.	
<input type="checkbox"/> SOLICITO ver o corregir los datos de vacunación/pruebas de TB míos o de mi hijo(a) conservados en CAIR. Entiendo que cualquier cambio que se haga a estos datos tiene que ser verificado con la documentación apropiada de mi profesional de salud.	
Firma:	Fecha:

Sólo para uso de la oficina (For office use only):
 Fax this form to the California Immunization Registry (CAIR) at: 888-436-8320