

## 拒絕或啟用分享/資訊要求表 (TB)

請勾選 (✓) 下列符合您狀況的項目：	
我的全名：	與病人的關係 <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 家長/監護人
病人姓名：	病人地址：
病人出生日期：	城市/郵遞編號：
	電話號碼：
<b>拒絕分享</b>	
<input type="checkbox"/> 我拒絕允許向加州免疫登記 (CAIR) 中的醫療護理提供者、機構，或學校分享我/我孩子的免疫接種/肺結核(TB) 篩檢測試結果*。	
<i>*注: 免疫接種紀錄/TB 測試仍將被紀錄在登記中，由您醫生的辦公室使用。根據法律，公共衛生官員可以在發生公共衛生緊急事態時調用您的免疫接種/TB 測試紀錄。</i>	
<b>啟用分享</b> (之前拒絕，現在改變主意希望分享。)	
<input type="checkbox"/> 我允許向加州免疫登記 (CAIR) 中的醫療護理提供者、機構，或學校分享我/我孩子的免疫接種/肺結核(TB) 篩檢測試結果。	
<b>要求資訊</b>	
<input type="checkbox"/> 我要求得到一份查看我/我孩子 CAIR 免疫接種/TB 測試紀錄之機構的名單。	
<input type="checkbox"/> 我要求查閱或更正我/我孩子 CAIR 免疫接種/TB 測試紀錄。我瞭解，對此份紀錄的任何更改必須得到來自我醫療護理提供者的適當文件的認證。	
簽名：	日期：

**For office use only (僅供工作人員使用) :**  
 Fax this form to the California Immunization Registry (CAIR) at: 888-436-8320