

Mẫu Từ Chối hoặc Bắt Đầu Chia Sẻ/Yêu Cầu Thông Tin (TB)

HÃY CHỌN (✓) (CÁC) TUYÊN BỐ ÁP DỤNG DƯỚI ĐÂY:	
TÊN ĐẦY ĐỦ CỦA TÔI:	QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN <input type="checkbox"/> bản thân <input type="checkbox"/> cha mẹ/người giám hộ
Tên Bệnh nhân:	Địa chỉ Bệnh nhân:
Ngày sinh Bệnh nhân:	Thành phố/Mã Bưu điện:
	Điện thoại:
TỪ CHỐI CHIA SẺ	
<input type="checkbox"/> Tôi TỪ CHỐI cho phép chia sẻ hồ sơ chủng ngừa/kiểm tra sàng lọc bệnh lao (TB) của tôi/con tôi với các nhà cung cấp dịch vụ y tế, cơ quan, hoặc trường học khác trong Sổ đăng ký Chủng ngừa California (California Immunization Registry - CAIR).*	
<i>* Chú ý: Hồ sơ chủng ngừa/kiểm tra TB có thể vẫn được lưu trong sổ đăng ký cho phòng khám của bác sĩ quý vị sử dụng. Theo luật, các cán bộ y tế cộng đồng cũng có thể truy cập hồ sơ chủng ngừa/kiểm tra TB trong trường hợp cấp cứu y tế cộng đồng.</i>	
BẮT ĐẦU CHIA SẺ (Đã từ chối trước đây, bây giờ đổi ý và muốn chia sẻ.)	
<input type="checkbox"/> Tôi CHO PHÉP chia sẻ hồ sơ chủng ngừa/kiểm tra TB của tôi/con tôi với các nhà cung cấp dịch vụ y tế, cơ quan, hoặc trường học khác trong CAIR.	
YÊU CẦU THÔNG TIN	
<input type="checkbox"/> Tôi YÊU CẦU một danh sách các cơ quan đã xem hồ sơ chủng ngừa/kiểm tra TB CAIR của tôi/con tôi.	
<input type="checkbox"/> Tôi YÊU CẦU được xem lại hoặc sửa chữa hồ sơ chủng ngừa/kiểm tra TB CAIR của tôi/con tôi. Tôi hiểu rằng bất kỳ thay đổi nào thực hiện cho hồ sơ này phải được xác nhận bằng tài liệu thích hợp từ bác sĩ của tôi.	
Ký tên:	Ngày:

For office use only (Chỉ sử dụng cho phòng khám):
 Fax this form to the California Immunization Registry (CAIR) at: 888-436-8320