

ស្នើសុំចាក់សោរឬដោះសោ CAIR Record របស់ខ្ញុំ

| | |
|---|--|
| ស្នើសុំ មតិសសញ្ញា (v) លើប្រយោគខាង ដែលអនុវត្ត : | |
| ឈ្មោះពេញខ្ញុំ: | ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ <input type="checkbox"/> ខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល |
| ឈ្មោះអ្នកជំងឺ: | អាសយដ្ឋានអ្នកជំងឺ: |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកជំងឺ: | ទីក្រុង/Zip Code: |
| | ទូរស័ព្ទ: |

ចាក់សោ CAIR ថតរបស់ខ្ញុំ:

ខ្ញុំសូមបដិសេធមិនអនុញ្ញាតឲ្យមានការចែករំលែកកំណត់ហេតុការចាក់ថ្នាំបង្ការ/ការធ្វើតេស្តជំងឺរបេង (TB) របស់ខ្ញុំ/កូនខ្ញុំ ដល់អ្នកផ្តល់សេវា ថែទាំសុខភាព ភ្នាក់ងារ ឬសាលានៅក្នុងការិយាល័យចុះឈ្មោះចាក់ថ្នាំបង្ការកាលីហ្វ័រញ៉ា (CAIR) ផ្សេងទៀត។ *

**សម្គាល់៖ កំណត់ហេតុការចាក់ថ្នាំបង្ការ/ការធ្វើតេស្តជំងឺរបេង នឹងនៅតែកត់ត្រាទុកក្នុងបញ្ជីសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ដោយការិយាល័យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកដដែល។ តាមច្បាប់ មន្ត្រីសុខភាពសាធារណៈក៏អាចប្រើកំណត់ហេតុការចាក់ថ្នាំបង្ការ/ការធ្វើតេស្តជំងឺរបេងក្នុងករណីបន្ទាន់សម្រាប់ថែទាំសុខភាពសាធារណៈដែរ។*

ដោះសោ CAIR កំណត់ការរបស់ខ្ញុំ: (នបដិសេធពីមុន ប៉ុន្តែឥឡូវល ស់ប្តូរចិត្ត និងចង់ ចែករំលែក)

ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឲ្យធ្វើការចែករំលែកកំណត់ហេតុការចាក់ថ្នាំបង្ការ/ការធ្វើតេស្តជំងឺរបេងរបស់ខ្ញុំ/កូនខ្ញុំ ដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ភ្នាក់ងារ ឬសាលាផ្សេងទៀតនៅក្នុង CAIR។

សម្រាប់សម្គាល់:
 ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ថតចម្លងកំណត់រកាកូនរបស់អ្នកសូម មបំពេញសំណុំបែបបទការអនុញ្ញាត CAIR ដើម្បីដោះសោ។

អ្នកជំងឺដែលចង់មើលបញ្ជីអ្នកប្រើ CAIR ដែលបានចូលក្នុងបញ្ជីរបស់ពួកគេគួរទាក់ទងការិយាល័យជំនួយ CAIR នៅ 1-800-578-7889 ឬ CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov ។

| | |
|------------------|---------------------|
| ហត្ថលេខា: | កាលបរិច្ឆេទ: |
|------------------|---------------------|

For office use only (សម្រាប់ប្រើក្នុងការិយាល័យប៉ុណ្ណោះ):
 Fax this form to the California Immunization Registry (CAIR) at: 888-436-8320