

Yêu cầu khóa hoặc mở khóa Bản ghi CAIR của tôi

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:
Khóa bản ghi CAIR của tôi	
<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 Sở 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>	
Mở khóa Bản ghi CAIR của tôi (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.	
<p>Xin lưu ý: Để yêu cầu một bản sao hồ sơ con của bạn, hãy điền vào mẫu Ủy quyền CAIR2 để Phát hành.</p> <p>Bệnh nhân muốn xem danh sách người dùng CAIR đã truy cập vào hồ sơ của họ nên liên hệ với Bộ phận Trợ giúp CAIR theo số 1-800-578-7889 hoặc CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov.</p>	
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