

طلب قفل أو فتح سجل CAIR الخاص بي

يرجى وضع علامة (✓) أدناه حسب الحالة:	
اسمى بالكامل:	طبيعة العلاقة بالمريض: <input type="checkbox"/> شخصه <input type="checkbox"/> الوالد/ولي الأمر
اسم المريض:	عنوان المريض:
تاريخ ميلاد المريض:	كود المدينة/الرمز البريدي:
	رقم الهاتف:
قفل سجل بلدي CAIR	
<input type="checkbox"/> أرفض مشاركة سجل اختبار الكشف عن السل/التحصين الخاص بي/بطفلي مع مزودي أو هيئات الرعاية الصحية الأخرى، أو المدارس المدرجة في السجل العام للتحصين بولاية كاليفورنيا (CAIR)*.	
<p>* ملاحظة: يمكن مع ذلك تسجيل اختبار الكشف عن السل/التحصين في السجل لاستخدامها من قبل طبيبك. وبموجب القانون، يسمح لمسئولي الصحة العامة بالاطلاع على سجلات اختبارات الكشف عن السل/التحصين في حالات الطوارئ فيما يتعلق بالصحة العامة.</p>	
فتح سجلات بلدي CAIR (رفضت قبل ذلك ولكنني غيرت رأيي وأرغب في مشاركة المعلومات)	
<input type="checkbox"/> أوافق على مشاركة سجل اختبار الكشف عن السل/التحصين الخاص بي/بطفلي مع مزودي أو هيئات الرعاية الصحية الأخرى، أو المدارس المدرجة في السجل العام للتحصين بولاية كاليفورنيا (CAIR).	
<p>للإفراج CAIR الرجاء ملاحظة ما يلي: لطلب نسخة من سجل طفلك ، أكمل نموذج تفويض على المرضى الراغبين في عرض قائمة بمستخدمي كير الذين قاموا بالوصول إلى سجلهم ، الاتصال بمكتب مساعدة مجلس العلاقات الإسلامية الأمريكية على الرقم 1-800-578-7889 أو CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov.</p> <p>الصحة الخاص بي.</p>	
التاريخ:	التوقيع:

For office use only: (لاستخدام المكتب فقط)

Fax this form to the California Immunization Registry (CAIR) at: 888-436-8320