

## Запрос на блокировку или разблокировку моей записи CAIR

<b>ОТМЕТЬТЕ (✓) УТВЕРЖДЕНИЕ(-Я), КОТОРЫЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ:</b>	
<b>МОИ ИМЯ И ФАМИЛИЯ:</b>	<b>ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ</b> <input type="checkbox"/> сам пациент <input type="checkbox"/> родитель/опекун
Имя и фамилия пациента:	Адрес пациента:
Дата рождения пациента:	Город/Индекс:
	Тел.:
<b>Блокировка моей записи CAIR</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Я ОТКАЗЫВАЮСЬ</b> предоставлять разрешение на раскрытие записей о моих/моего ребенка иммунизациях/пробах на туберкулез (ТБ) другим поставщикам медицинских услуг, агентствам или школам в Реестре иммунизаций штата Калифорния (CAIR).*	
<p><i>* Примечание: Записи об иммунизациях/ТБ пробах могут вноситься в реестр для использования офисом Вашего лечащего врача. По закону должностные лица системы здравоохранения могут также иметь доступ к записям об иммунизациях/ТБ пробах в случае чрезвычайной ситуации в общественном здравоохранении.</i></p>	
<b>Разблокировать мои записи CAIR</b>	
(Ранее отказ, сейчас мнение изменилось и желаю начать совместное использование)	
<input type="checkbox"/> <b>Я ДАЮ РАЗРЕШЕНИЕ</b> на раскрытие записей об иммунизациях/ТБ пробах моего ребенка другим поставщикам медицинских услуг, агентствам или школам в CAIR.	
<p>Обратите внимание: чтобы запросить копию записи вашего ребенка, заполните форму авторизации CAIR для освобождения.</p> <p>Пациенты, желающие просмотреть список пользователей CAIR, которые обращались к своей записи, должны связаться со справочной службой CAIR по телефону 1-800-578-7889 или CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov.</p>	
Подпись:	Дата:

**Только для внутреннего пользования:**  
 Fax this form to the California Immunization Registry (CAIR) at: 888-436-8320