拒絕或同意公開資料申請表

請勾劃(√)以下恰當的聲明:	
我的姓名：	**與患者的關係：** ☐ 本人 ☐ 家長/監護人
患者姓名：	患者地址：
患者出生日期：	城市/邮政编码：
	電話：

拒絕公開

☐ **我拒絕公開讓我/我孩子的疫苗記錄 給加州疫苗網絡系統其他醫療診所,機構或學校。***

*注意: 疫苗記錄可能會被你的醫生診所輸入疫苗網絡系統。
法律規定公共衛生人員在緊急狀況下也可以查看疫苗記錄。

可以公開 (曾經拒絕, 現在已改變主意希望公開)

☐ **我同意讓我/我孩子的疫苗記錄公開給予加州疫苗網絡系統以及其他醫療診所,機構或學校所用。**

要求資料

☐ 我要求一份曾經查看過我/我孩子疫苗網路系統記錄的機構名單。
[*Provider: Please write your Provider ID:_____ and fax this form to the CAIR Help Desk: (213) 351-2784. We will process this request.]*

☐ 我要求檢閱或更改我/我孩子的疫苗網路系統記錄。
我明白任何的改變需經過我的醫療醫生提供的文件來確認證明。

簽名:	**日期:**