

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) ផ្សេងឡើយ។ *

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

ដោះសោ CAIR កំណត់ការរបស់ខ្ញុំ: (នបដិសេធពីមុន ប៉ុន្តែឥឡូវល ស់ប្តូរចិត្ត និងចង់ ចែករំលែក)

ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឲ្យធ្វើការចែករំលែកកំណត់ហេតុការចាក់ថ្នាំបង្ការ/ការធ្វើតេស្តជំងឺរបេងរបស់ខ្ញុំ/កូនខ្ញុំ ដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ភ្នាក់ងារ ឬសាលាផ្សេងទៀតនៅក្នុង CAIR។

សម្រាប់សម្គាល់:
 ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ថតចម្លងកំណត់ការកាន់របស់អ្នកសូមបំពេញសំណុំបែបបទការអនុញ្ញាត 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