

درخواست قفل کردن یا باز کردن قفل CAIR من

لطفاً گزینه (هایی) که شامل حال شما می شود را علامت بزنید.	
نام و نام خانوادگی:	رابطه با بیمار <input type="checkbox"/> خود بیمار <input type="checkbox"/> والد/قیم بیمار
نام بیمار:	نشانی بیمار:
تاریخ تولد بیمار:	شهر/کدپستی:
	تلفن:
رکورد CAIR قفل	
<input type="checkbox"/> اینجانب اجازه نمی دهم که اطلاعات مربوط به واکسیناسیون/ آزمایشات غربالگری سل (TB) خودم/فرزندم در اختیار سایر سازمان های ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی، یا مدارس موجود در فهرست ثبت واکسیناسیون کالیفرنیا (CAIR) قرار گیرد. *	
<p><i>* توجه: اطلاعات مربوط به واکسیناسیون/ آزمایشات غربالگری سل (TB) ممکن است کماکان در فهرست منکور برای استفاده پزشکان ثبت شود. بر اساس قانون، مسئولین بهداشت عمومی هم می توانند در صورت بروز یک مورد اورژانسی به اطلاعات مربوط به واکسیناسیون/ آزمایشات غربالگری سل (TB) دسترسی داشته باشند.</i></p>	
من CAIR باز کردن مدارک	
<input type="checkbox"/> اینجانب اجازه می دهم که اطلاعات مربوط به واکسیناسیون/ آزمایشات غربالگری سل (TB) خودم/فرزندم در اختیار سایر سازمان های ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی، یا مدارس موجود در فهرست ثبت واکسیناسیون کالیفرنیا (CAIR) قرار گیرد.	
<p>برای انتشار فرم را تکمیل لطفا توجه داشته باشید: برای درخواست یک کپی از پرونده فرزند خود، فرم کنید.</p> <p>بیماران که مایل به دیدن لیستی از کاربران CAIR که دسترسی به رکورد خود را دارند، باید با مرکز راهنمای CAIR تماس بگیرید 1-800-578-7889 یا CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov.</p> <p>خوبی آگاهم که هرگونه تغییری در این پرونده باید با اسناد مناسبی که از طرف ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی من صادر می شود، تأیید گردد.</p>	
امضاء:	تاریخ:

For office use only: (فقط برای استفاده دفاتر):

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