

## 내 CAIR 레코드 잠금 또는 잠금 해제 요청

아래의 진술 중에서 해당되는 것에 체크 표시 (√)를 하여 주십시오:	
성명:	환자와의 관계 <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 부모/보호자
환자 성명:	환자 주소:
환자 생년월일:	도시/우편번호:
	전화:
<b>내 CAIR 레코드 잠그기</b>	
<input type="checkbox"/> 본인은 본인/자녀의 예방접종/결핵(TB) 검사 기록을 캘리포니아 주 예방접종 등록부(California Immunization Registry, CAIR)에 있는 다른 의료기관, 정부부처 또는 학교에 공개하는 것을 거부합니다.*	
<p><small>* 참고: 예방접종 기록/결핵 테스트는 병원에서 사용하기 위해 계속 등록부에 기록될 수 있습니다. 법에 의거 공중보건 담당자는 공중보건 긴급상황이 발생하는 경우 예방접종 /결핵 테스트 기록을 볼 수 있습니다.</small></p>	
<b>내 CAIR 레코드 잠금 해제</b>	
<input type="checkbox"/> 본인은 본인/자녀의 예방접종/결핵 테스트기록을 CAIR 의 다른 의료기관, 정부부처 또는 학교에 공개하는 것을 허락합니다. with other health care providers,	
<p>참고 : 자녀의 기록 사본을 요청하려면 CAIR 승인 양식을 작성하십시오.</p> <p>기록에 액세스 한 CAIR 사용자 목록을보고 싶은 환자는 CAIR 헬프 데스크 1-800-578-7889 또는 CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov에 문의하십시오.</p>	
서명:	날짜:

**For office use only(관계자 작성란):**  
 Fax this form to the California Immunization Registry (CAIR) at: 888-436-8320