

Запрос на блокировку или разблокировку моей записи CAIR

ОТМЕТЬТЕ (✓) УТВЕРЖДЕНИЕ(-Я), КОТОРЫЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ:	
МОИ ИМЯ И ФАМИЛИЯ:	ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ <input type="checkbox"/> сам пациент <input type="checkbox"/> родитель/опекун
Имя и фамилия пациента:	Адрес пациента:
Дата рождения пациента:	Город/Индекс:
	Тел.:
Блокировка моей записи CAIR	
<input type="checkbox"/> Я ОТКАЗЫВАЮСЬ 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>	
Разблокировать мои записи CAIR	
(Ранее отказ, сейчас мнение изменилось и желаю начать совместное использование)	
<input type="checkbox"/> Я ДАЮ РАЗРЕШЕНИЕ 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