



鎖定或解鎖我的 CAIR 記錄申請

請在下面適用的說法前面打鉤 (✓):	
患者姓名:	與患者的關係 <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 家長/監護人
家長/監護人姓名 (如果患者是未成年人):	患者所在街道地址:
患者出生日期:	患者所在城市/郵政編碼:
患者 ID (可選):	患者所在縣:
患者電話:	電子郵件:
鎖定我的 CAIR 記錄	
<input type="checkbox"/> 我拒絕允許與使用加利福尼亞州免疫接種記錄 (CAIR) 的其他醫療提供商、機構或學校分享我的/我孩子的免疫接種/肺結核 (TB) 化驗記錄。*	
<p><i>*注: 免疫接種/TB 化驗記錄仍可能與 CAIR 一起分享供您的醫生使用。按照法律, 公共衛生官員在公共健康緊急事件情況下也可以存取免疫接種/TB 化驗記錄。</i></p>	
解鎖我的 CAIR 記錄	
<input type="checkbox"/> 我以前拒絕但現在希望允許與使用 CAIR 的其他醫療提供商、機構或學校分享我的/我孩子的免疫接種/肺結核 (TB) 化驗記錄。	
<p>請注意: 要申請您孩子的記錄副本, 請填寫 CAIR 授權發佈表。</p> <p>如果患者希望查看存取過自己記錄的 CAIR 使用者清單, 應聯絡 CAIR 問詢臺, 電話 1-800-578-7889 或 CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov。</p>	
簽字:	日期:

透過傳真或電子郵件將此表發給 CAIR 問詢臺
1-888-436-8320, CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov