

请求锁定或解锁我的CAIR记录

選 (√) 下列符合您狀況的項目：	
我的全名：	與病人的關係 <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 家長／監護人
病人姓名：	病人地址：
病人出生日期：	城市／郵遞編號：
	電話號碼：
锁定我的CAIR记录	
<input type="checkbox"/> 我拒絕允許向加州免疫登記 (CAIR) 中的醫療護理提供者、機構，或學校分享我／我孩子的免疫接種／肺結核(TB) 篩檢測試結果*。	
<p><i>*注：免疫接種紀錄/TB 測試仍將被紀錄在登記中，由您醫生的辦公室使用。根據法律，公共衛生官員可以在發生公共衛生緊急事態時調用您的免疫接種/TB 測試紀錄。</i></p>	
解锁我的CAIR记录 (之前拒絕，現在改變主意希望分享。)	
<input type="checkbox"/> 我允許向加州免疫登記 (CAIR) 中的醫療護理提供者、機構，或學校分享我／我孩子的免疫接種／肺結核(TB) 篩檢測試結果。	
<p>請注意：要索取孩子记录的副本，请填写CAIR授权发布表。</p> <p>希望查看已访问其记录的CAIR用户列表的患者应致电1-800-578-7889或 CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov联系CAIR服务台。</p>	
簽名：	日期：

For office use only (僅供工作人員使用) :
 Fax this form to the California Immunization Registry (CAIR) at: 888-436-8320