



Formulario para Rechazar o Empezar a Compartir Datos

| | |
|--|--|
| Marque (✓) la/las declaración(es) que apliquen: | |
| Mi nombre completo: | Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Padre/madre/tutor |
| Nombre del paciente: | Dirección del paciente: |
| Fecha de nacimiento del paciente: | Ciudad y código postal: |
| ID del paciente (opcional): | El condado del paciente: |
| Teléfono: | |
| Rechazar compartir | |
| <input type="checkbox"/> RECHAZO permitir que los datos de vacunación o pruebas de tuberculosis (TB) míos o de mi hijo(a) se compartan con otros profesionales de salud, entidades o escuelas en el Registro de Vacunación de California (CAIR, en inglés).* | |
| <i>* Nota: Los datos de vacunación aún se pueden documentar en el registro para el uso del consultorio médico. Por ley, los funcionarios de salud pública también pueden tener acceso a los datos de vacunación o pruebas de TB en caso de una emergencia de salud pública.</i> | |
| Empezar a compartir | |
| <input type="checkbox"/> PERMITO que los datos de vacunación o pruebas de tuberculosis (TB) míos o de mi hijo(a) se compartan con otros profesionales de salud, entidades o escuelas en el Registro de Vacunación de California (CAIR, en inglés). | |
| <p><i>Para solicitar una copia del registro de su hijo, llene el formulario de CAIR2 Authorization to Release y envíelo a CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov con una copia de su identificación actual.</i></p> <p><i>Los pacientes que deseen ver una lista de los usuarios de CAIR que han accedido a su registro deben comunicarse con el departamento técnico de CAIR al 1-800-578-7889 o CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov.</i></p> | |
| Firma: | Fecha: |
| Envíe este formulario por fax o email al departamento técnico de CAIR al: 1-888-436-8320, CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov | |