Formulario para rechazar, empezar a compartir o solicitar informaci· n sobre los datos de vacunaci· n

Marque (√) la/las declaraci· n(es) que apliquen:	
Mi nombre completo:	**Relaci· n con el paciente:** ☐ Yo mismo ☐ Padre/madre/tutor
Nombre del paciente:	Direcci· n del paciente:
Fecha de nacimiento del paciente:	Ciudad y c· digo postal:
ID del paciente (opcional):	El condado del paciente:
Tel®fono:	

Rechazar compartir

☐ **RECHAZO permitir que los datos de vacunaci· n o pruebas de tuberculosis (TB) m²os o de mi hijo(a) se compartan con otros profesionales de salud, entidades o escuelas en el Registro de Vacunaci· n de California (CAIR, en ingl®s).***

** 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.*

Empezar a compartir (Rechac®antes, pero cambio de opini· n y deseo compartir)

☐ **PERMITO que los datos de vacunaci· n o pruebas de tuberculosis (TB) m²os o de mi hijo(a) se compartan con otros profesionales de salud, entidades o escuelas en el Registro de Vacunaci· n de California (CAIR, en ingl®s).**

Solicitar Informaci· n

☐ SOLICITO una lista de las entidades que vieron los datos de vacunaci· n o pruebas de tuberculosis m²os o de mi hijo(a) conservados en CAIR.

☐ SOLICITO ver o corregir los datos de vacunaci· n/pruebas de TB m²os o de mi hijo(a) conservados en CAIR. Entiendo que cualquier cambio que se haga a estos datos tiene que ser verificado con la documentaci· n apropiada de mi profesional de salud.

Firma:	**Fecha:**

Env²e este formulario por fax o email al departamento t®cnico de CAIR al:
1-888-436-8320, CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov