

## Decline or Start Sharing/Information Request Form

<b>PLEASE CHECK (✓) THE STATEMENT(S) BELOW THAT APPLY:</b>	
<b>MY FULL NAME:</b>	<b>RELATIONSHIP TO PATIENT</b> <input type="checkbox"/> self <input type="checkbox"/> parent/guardian
Name of Patient:	Patient's Address:
Patient's Date of Birth:	City/Zip Code:
	Phone:
<b>DECLINE SHARING</b>	
<input type="checkbox"/> <b>I DECLINE to allow my/my child's immunization record to be shared with other health care providers, agencies, or schools in the California Immunization Registry.*</b>	
<p><i>* Note: The immunization record may still be recorded in the registry for use by your physician's office. By law, public health officials can also access immunization records in the case of a public health emergency.</i></p>	
<b>START SHARING</b> (Declined earlier, now have changed mind and wish to share.)	
<input type="checkbox"/> <b>I ALLOW my/my child's immunization record to be shared with other health care providers, agencies, or schools in the California Immunization Registry.</b>	
<b>REQUEST INFORMATION</b>	
<input type="checkbox"/> I REQUEST a list of agencies who have viewed my/my child's immunization registry record.	
<input type="checkbox"/> I REQUEST to review or correct my/my child's immunization registry record. I understand that any changes made to this record must be verified by appropriate documentation from my health care provider.	
<b>Signature:</b>	<b>Date:</b>
<b>For office use only:</b> File this form in the patient medical record. Questions? Call SDIR: (619) 692-5656.	

**Formulario para rechazar, empezar a compartir,  
o solicitar información sobre los datos de vacunación**

<b>Marque (√) la/las declaración(es) a continuación que corresponda(n):</b>	
<b>Mi nombre completo:</b>	<b>Relación con el paciente:</b> <input type="checkbox"/> si mismo <input type="checkbox"/> padre o tutor
Nombre del paciente:	Dirección del paciente:
Fecha de nacimiento del paciente:	Ciudad y código postal:
	Teléfono:
<b>RECHAZAR COMPARTIR</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Rechazo permitir que mis datos de vacunación/los datos de vacunación de mi hijo se comparta con otros profesionales de la salud, entidades o escuelas en el Registro de Vacunación de California*</b>	
<p><i>* Nota: Los datos de vacunación aún se pueden documentar en el registro para el uso del consultorio de su médico. Por ley, los funcionarios de salud pública también pueden tener acceso a los datos de vacunación en caso de una emergencia de salud pública.</i></p>	
<b>EMPEZAR A COMPARTIR</b> (rechacé previamente, ahora cambio de opinión y deseo compartir.)	
<input type="checkbox"/> <b>PERMITO que mis datos de vacunación/los datos de vacunación de mi hijo se compartan con otros profesionales de la salud, entidades o escuelas en el Registro de Vacunación de California.</b>	
<b>Solicitar información</b>	
<input type="checkbox"/> SOLICITO una lista de las entidades que vieron mis datos de vacunación/los datos de vacunación de mi hijo conservados en el registro.	
<input type="checkbox"/> SOLICITO ver o corregir mis datos de vacunación/los datos de vacunación de mi hijo conservados en el registro. Entiendo que cualquier cambio que se haga a estos datos tiene que ser verificado con la documentación apropiada de mi profesional de la salud.	
<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>For office use only:</b> (Sólo para uso de la oficina) File this form in the patient medical record. Questions? Call SDIR (619) 692-5656.	