



Decline or Start Sharing/ Information Request Form



KAISER MEMBERS ONLY: This signed form should be faxed or emailed back to SDIR

Fax: (619) 692-6619

Email: sdir@sdiz.org

PLEASE CHECK (✓) THE STATEMENT(S) BELOW THAT APPLY:	
MY FULL NAME:	RELATIONSHIP TO PATIENT <input type="checkbox"/> self <input type="checkbox"/> parent/guardian
Name of Patient:	Patient's Address:
Patient's Date of Birth:	City/Zip Code:
<input type="checkbox"/> KAISER MEMBER <input type="checkbox"/> OTHER PROVIDER	Phone:
DECLINE SHARING	
<input type="checkbox"/> I DECLINE to allow my/my child's immunization record and tuberculosis (TB) test results to be shared with other health care providers, agencies, or schools in the California Immunization Registry.*	
<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 and tuberculosis (TB) test results in the case of a public health emergency.</i>	
START SHARING (Declined earlier, now have changed mind and wish to share.)	
<input type="checkbox"/> I ALLOW my/my child's immunization record and tuberculosis (TB) test results to be shared with other health care providers, agencies, or schools in the California Immunization Registry.	
REQUEST INFORMATION	
<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.	
Signature:	Date:
For office use only: 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



¿KAISER MIEMBROS? Regrese esta forma con su firma por fax o correo electrónico a SDIR

Fax: (619) 692-6619

Email: sdir@sdiz.org

Marque (✓) la/las declaración(es) a continuación que corresponda(n):	
Mi nombre completo:	Relación con el paciente: <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:
<input type="checkbox"/> Soy miembro de Kaiser <input type="checkbox"/> Otro doctor	Teléfono:
RECHAZAR COMPARTIR	
<input type="checkbox"/> No acepto permitir que mis datos/los datos de vacunación y resultados de la prueba de (TB) Tuberculosis de mi hijo sean compartidas con otros profesionales de la salud, agencias o escuelas en el Registro de Vacunación de California*	
<i>* Nota: Los datos de vacunación también se pueden documentar en el registro para el uso del consultorio de su médico. Por ley, los funcionarios de salud pública asimismo pueden tener acceso a los datos de vacunación y resultados de la prueba de (TB) Tuberculosis en caso de una emergencia de salud pública.</i>	
EMPEZAR A COMPARTIR (rechacé previamente, ahora cambio de opinión y deseo compartir.)	
<input type="checkbox"/> Yo PERMITO que mis datos de vacunación/los datos de vacunación y resultados de la prueba de (TB) Tuberculosis de mi hijo se compartan con otros profesionales de la salud, agencias o escuelas en el Registro de Vacunación de California.	
Solicitar información	
<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.	
Firma:	Fecha:
For office use only: (Sólo para uso de la oficina) File this form in the patient medical record. Questions? Call SDIR (619) 692-5656.	