



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.	