



Registro de Vacunación de California

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

Marque (✓) la/las declaración(es) a continuación que corresponda(n):	
Mi nombre completo:	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> él mismo <input type="checkbox"/> padre o tutor
Nombre del paciente:	Dirección del paciente:
Fecha de nacimiento del paciente:	Ciudad y código postal:
	Teléfono:
Rechazar compartir	
<input type="checkbox"/> Rechazo permitir 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*	
<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>	
Empezar a compartir (rechacé antes, ahora cambio de opinión y deseo compartir.)	
<input type="checkbox"/> 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.	
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:

**Cientes de Alliance o Padres: Incluya su firma con fecha, y mande esta forma por fax, al numero 925-407-1300 o mande la forma por correo a,
CA Dept. of Public Health, CAIR Bay Area Regional Mgr.
2950 Buskirk Ave. unit # 225
Walnut Creek, CA 94597**