

Formulario de Solicitar/Rechazamiento de Compartir Información

FAVOR DE ENVIAR POR FAX ESTE FORMULARIO COMPLETADO
Attn: Registro de Inmunización 209-468-8361

MI NOMBRE COMPLETO:	RELACIÓN CON EL PACIENTE:
Nombre del Paciente:	Dirección del Paciente:
Fecha de Cumpleaños del Paciente:	Ciudad/Código Postal:
	# de Teléfono:

FAVOR DE MARCAR CON (✓) LA(S) DECLARACIÓN(ES) DE ABAJO QUE LE APLICA:

Rechazamiento:

REQUERIDO:

- Yo rechazo permitir que se ponga los récords de inmunización del paciente en el Registro de Inmunización.

OPCIONAL:

- I RECHAZO PERMITIR QUE el Sistema de Recordatorio del Registro de Inmunización me notifique cuando se necesite alguna inmunización.

INFORMACIÓN SOLICITADA:

- Yo SOLICITO una lista de aquellas personas que hayan tenido acceso al récord del Registro de Inmunización del paciente.
- Yo SOLICITO revisar/corregir el récord del Registro de Inmunización. Comprendo que cualquier modificación hecha al récord tiene que ser verificado por documentación apropiada de mi Proveedor de Cuidado de Salud.
- Yo SOLICITO que el Registro de Inmunización DEJE que compartir los récords de inmunización del paciente con otros proveedores de Cuidado de Salud y que saque el récord del sistema.

Firma del Paciente/Padre/Guardián:

Fecha: