

REGISTRO DE VACUNACIÓN DE CALIFORNIA – REGIÓN IV

FORMULARIO DE RECHAZO O DE PEDIDO DE INFORMACIÓN

ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETADO A:

Por correo: **San Joaquin County Public Health Services** **ATTN: Immunization Registry** **P.O. Box 2009 / Stockton, CA 95201**	**Por fax:** **(209) 462-2019** **Por correo electrónico:** **support@myhealthyfutures.org**
MI NOMBRE COMPLETO:	**RELACIÓN CON EL PACIENTE:**
Nombre del paciente:	**Dirección del paciente:**
Fecha de nacimiento del paciente:	**Ciudad y código postal:**
	Teléfono:

MARQUE CON UNA PALOMA (√) LAS DECLARACIONES APLICABLES:

REHUSAR COMPARTIR Y/O REHUSAR RECORDATORIOS

REQUERIDO:

☐ **REHÚSO** permitir que los datos de vacunación y la prueba de tuberculosis del paciente que figuren en el Registro de Vacunación RIDE* se compartan con otros profesionales de la salud, agencias o escuelas.
*(*Por ley, los datos de vacunación y prueba de tuberculosis igual se pueden poner en el sistema para uso del consultorio de su médico y de los funcionarios de salud pública).*

OPTATIVO:

☐ **REHÚSO** permitir que el Sistema de Recordatorios/Citas del Registro notifique o recuerde al paciente de las fechas en que las vacunas se deben poner.

PERMITIR COMPARTIR (REHUSÓ EN EL PASADO)

☐ **PERMITO** que los datos de vacunación y prueba de tuberculosis del paciente que figuren en el Registro de Vacunación RIDE se compartan con otros profesionales de la salud, agencias o escuelas.

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

☐ **SOLICITO** una lista de las agencias que accedieron a los datos del paciente en el Registro de Vacunación.
☐ **SOLICITO** ver o corregir los datos del paciente en el Registro de Vacunación. Entiendo que todos los cambios que se hagan en estos datos deberán ser verificados con documentación apropiada de mi profesional de la salud.

Firma del paciente/padre, madre o tutor:	**Fecha:**

Tramitar este formulario toma unos 10 días de trabajo.