



Registro de Vacunación de California

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

<b>Marque (✓) la/las declaración(es) a continuación que corresponda(n):</b>	
<b>Mi nombre completo:</b>	<b>Relación con el paciente:</b> <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:
<b>Rechazar compartir</b>	
<input type="checkbox"/> <b>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*</b>	
<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>	
<b>Empezar a compartir</b> (rechacé antes, ahora cambio de opinión y deseo compartir.)	
<input type="checkbox"/> <b>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.</b>	
<b>Solicitar información</b>	
<input type="checkbox"/> <b>SOLICITO una lista de las entidades que vieron mis datos de vacunación/los datos de vacunación de mi hijo conservados en el registro.</b>	
<input type="checkbox"/> <b>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.</b>	
<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>

**For office use only: (Sólo para uso de la oficina)**  
Fax this form to the California Immunization Registry at: