# 공개 거부 또는 시작/정보 요청 양식

| 아래의 진술(들) 중에서 해당되는 것에 표시(√)해 주십시오. | |
|---|---|
| **본인 성명:** | **환자와의 관계**<br>☐ 본인 ☐ 부모/보호자 |
| 환자 성명: | 환자 주소: |
| 환자 생년월일: | 시/우편번호: |
| | 전화: |

## 공개 거부

☐ **본인은 본인/자녀의 예방접종 기록을 California Immunization Registry(캘리포니아 주 예방접종 등록부)에 들어있는 다른 의료제공자, 기관 또는 학교에 공개하는 것을 거부합니다.***

* 참고: 예방접종 기록은 병원에서 사용하기 위해 계속 등록부에 기록될 수 있습니다. 법에 의하면, 공중보건 담당 공무원은 공중보건 긴급상황이 발생하는 경우 예방접종 기록을 볼 수 있습니다.

## 공개 시작 (전에 거부했으나, 지금은 마음을 바꾸어 공개하기를 원합니다)

☐ **본인은 본인/자녀의 예방접종 기록을 California Immunization Registry 에 들어있는 다른 의료제공자, 기관 또는 학교에 공개하는 것을 허락합니다.**

## 정보 요청

☐ 본인은 예방접종 등록부에 들어있는 본인/자녀의 기록을 본 기관의 리스트를 요청합니다. ***[Provider: Please write your Provider ID:_____ and fax this form to the CAIR Help Desk: (213) 351-2784. We will process this request.]***

☐ 본인은 예방접종 등록부에 들어있는 본인/자녀의 기록을 검토 또는 정정할 것을 요청합니다. 본인은 이 기록을 변경할 때 본인의 의료제공자로부터 적절한 문서에 근거하여 확인을 받아야 한다는 것을 알고 있습니다.

| | |
|---|---|
| **서명:** | **날짜:** |