



Dedicated to protecting and improving the health and environment of the people of Colorado

**Колорадская Информационная Система по Иммунизации
Форма для Отмены Отказа От Включения Информации об Иммунизации
(заполняется печатными буквами)**

Взрослый/ребенок	Имя	Отчество	Фамилия	Дата рождения
------------------	-----	----------	---------	---------------

Почтовый адрес: улица, квартира

Почтовый адрес: Город	Штат	Почтовый индекс
-----------------------	------	-----------------

Имя врача или название клиники	Адрес врача или клиники
--------------------------------	-------------------------

Колорадская Информационная Система по Иммунизации является компьютеризированной системой, предназначенной для хранения в едином центре информации об иммунизации вашей и вашего ребенка, даже если вы получали прививки в различных учреждениях. Ваш врач будет знать о прививках, полученных вами или вашим ребенком, и в том случае, если вы не принесли с собой нужные документы. Ваш врач, или другой медицинский работник, сможет распечатать прямо из компьютера иммунизационные формы, необходимые для детского сада, школы или лагеря.

Информация из Колорадской Информационной Системы по Иммунизации может быть предоставлена только:

- родителю ребенка
- взрослому лицу
- врачу или другому медицинскому работнику
- школе или детскому саду, которые посещает ребенок
- организации по медицинскому страхованию или страховой компании, клиентом которых является данный взрослый или ребенок, если такая страховая организация оплачивает иммунизацию
- лицам или организациям, связанным контрактом с администрацией штата Колорадо в рамках программы наблюдения за процессом иммунизации.
- Департаменту Политики и Финансирования в Области Здравоохранения для лиц, получающих Медикэйд

Лицо, предоставившее информацию, содержащуюся в Колорадской Информационной Системе по Иммунизации, другому лицу, не имеющему права на обладание такой информацией, совершает преступление и может быть наказан. По закону штата Колорадо у вас есть право в любое время удалить из Колорадской Информационной Системы по Иммунизации информацию о прививках, сделанных вам или вашему ребенку. Если вы передумаете, вы можете попросить своего врача позднее заново ввести в компьютер данные об иммунизации вас или вашего ребенка. Если вы решите не участвовать в этом банке данных, вы сами несете ответственность за сохранность ваших и вашего ребенка иммунизационных карт.

Я являюсь взрослым лицом / родителем или законным опекуном вышеуказанного ребенка. Ранее я захотел удалить информацию об иммунизации, полученной мной / моим ребенком, из Колорадской Информационной Системы по Иммунизации. В настоящее время я бы хотел, чтобы информация об иммунизации, полученной мной / моим ребенком, была **введена** в Колорадскую Информационную Систему по Иммунизации.

(печатными буквами) Взрослое лицо / Родитель или Опекун	Имя	Фамилия
---	-----	---------

Подпись	Взрослое лицо / Родитель или Опекун	Дата
---------	-------------------------------------	------

Вы должны сами отправить эту форму по почте или по факсу:

Fax 303-758-3640

Colorado Immunization Information System DCEED-IMM-A3

4300 Cherry Creek Dr South

Denver, CO 80246-1530

Если у вас возникли вопросы, звоните по телефону: 1-888-611-9918

July 2013

