COLORADO
Department of Public Health & Environment

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

Hệ Thông Tin Chích Ngừa Tiểu Bang Colorado
Đơn Xin Hủy Bỏ Việc Miễn Tham Gia

(Xin viết hoa) Tên Gọi | Tên Đệm | Tên Họ | Ngày sinh

Địa chỉ: số nhà và tên đường

Địa chỉ: Thành phố | Tiểu Bang | Zip Code

Tên Bác Sĩ hay Y Viện | Địa chỉ

Hệ Thông Tin Chích Ngừa Tiểu Bang Colorado (CIIS) là một hệ thống bảo mật, được điện toán hóa nhằm lưu trữ hồ sơ chích ngừa của mọi người thuộc Tiểu Bang Colorado, không phân biệt tuổi tác, đồng thời cung cấp công cụ để thiết kế và duy trì các kế hoạch chích ngừa một cách hiệu quả hơn nhằm ngăn ngừa bệnh và giảm chi phí chăm sóc sức khỏe. Qua đăng nhập vào mạng thông tin này, người chăm sóc sức khỏe sẽ biết rõ hồ sơ chích ngừa của bạn hoặc của con bạn ngay cả khi bạn quên mang theo hồ sơ. Người chăm sóc sức khỏe của bạn cũng có thể trực tiếp in ra từ máy điện toán những hồ sơ chích ngừa bạn cần cho nhà trẻ, trường học và trại hè.

Thông tin trong CIIS chỉ có thể chuyển giao cho:

- Chính bạn hoặc cha mẹ hay người giám hộ
- Y sĩ hay người chăm sóc sức khỏe
- Trường học, nhà trẻ hoặc trường đại học nơi bạn hay con bạn ghi danh
- Tổ chức quản trị việc chăm sóc hay bảo hiểm sức khỏe nơi bạn hay con bạn ghi danh nếu tổ chức, hay bảo hiểm này chi trả cho việc chích ngừa
- Bệnh viện, người hoặc tổ chức đã ký hợp đồng với Tiểu Bang Colorado về chích ngừa
- Phòng Tài Chánh và Chính Sách thuộc Bộ Y Tế nếu cá nhân đăng ký vào chương trình Medicaid

Nếu ai chuyển giao thông tin trong CIIS cho bất cứ người nào không được phép nhận thông tin này đều là phạm pháp và có thể bị trừng phạt. Theo luật Colorado, bạn có quyền chọn để xin loại trừ thông tin chích ngừa của bạn hay của con bạn ra khỏi CIIS bất cứ lúc nào. Nếu đổi ý, bạn vẫn có thể sau này xin văn phòng chăm sóc sức khỏe gửi lại hồ sơ chích ngừa của bạn hay của con bạn. Nếu bạn quyết định không tham gia, bạn phải tự chịu trách nhiệm lưu giữ hồ sơ chích ngừa của bạn hay của con bạn.

Tôi ký tên dưới đây, xác nhận rằng tôi là cá nhân hoặc cha mẹ / giám hộ hợp pháp của cá nhân có tên ở trên. Trước đây tôi đã chọn để thông tin về chích ngừa của tôi hay của con tôi được loại trừ khỏi CIIS. Nay tôi xin thông tin về chích ngừa của tôi hay của con tôi được lưu trữ vào CIIS.

(Xin viết hoa) Tên Gọi Cá Nhân hoặc Cha Mẹ / Người Giám Hộ | Tên Họ

Chữ ký của Cá Nhân hoặc Cha Mẹ / Người Giám Hộ | Ngày

Bạn có trách nhiệm gửi qua bưu điện hay fax đơn này tới:
Colorado Immunization Information System Program
Colorado Department of Public Health and Environment
DCEED-IMM-A3
4300 Cherry Creek Dr. S.
Denver, CO 80246-1530
Fax 303-758-3640

Nếu cần hỏi xin gọi:
1-888-611-9918

Translated from English "RescindOptOutForm" April 2012 Updated July 2013