

健康照護提供者可對口頭表達的自願同意加以文字記錄，或對本樣表進行調整後再行使用。

年齡 19 週歲及以上人士 加入全市免疫接種登記系統 (CIR) 同意書

紐約市全市免疫接種登記系統 (Citywide Immunization Registry, CIR) 是一個只允許授權使用者接觸個人免疫接種紀錄的電腦化保密系統。該系統中個人資訊之隱私受到聯邦法律和州法律的嚴格保護。以下是加入該系統的部分益處：

- 您的健康照護提供者可以使用 CIR 來確保您得到所有必要的免疫接種，以及其他建議採取的醫療措施。
- CIR 可就您的免疫接種情況提供永久且易讀取的紀錄。

年齡 19 週歲及以上人士加入 CIR 系統全憑自願。因此，您只有完成填寫這份同意書之後，才能登記加入該系統。如果您希望加入 CIR 系統，請仔細閱讀以下聲明，並在空格中簽名。如需有關本同意書的更多資訊，請致電 347-396-2400。

同意聲明

我同意 _____ (醫生或機構名稱) 將我的免疫接種紀錄及身份資訊提供給紐約市全市免疫接種登記系統 (CIR)。我理解 CIR 的目的是為我的醫療照護提供輔助，並對我已經接受或將要接受的免疫接種做出記錄。我的免疫接種資訊有可能被紐約市健康與心理衛生局出於品質改進、流行病學研究和疾病防控等目的加以使用。用於品質改進或研究目的的資訊將刪除我的個人識別資訊。

CIR 中的免疫接種資訊可能向以下各方提供：我本人、我的健康保險計畫、州和地方衛生部門、我註冊就讀的學校，以及為我提供醫療照護的授權醫療提供者。

我理解，如果我選擇不加入 CIR，並不會在接受治療、付款或享受福利方面，對我造成影響。本同意書亦可藉助所提供的表格隨時予以撤回。如果我隨後選擇撤回本同意書，CIR 之前在我同意下接收到的免疫接種資訊，將在 CIR 中繼續保留。但是，我撤回同意書之後的免疫接種資訊將不在 CIR 系統中記錄在案。

以正楷書寫姓名

出生日期

簽名

日期