

医疗保健提供者可对口头表达的自愿同意加以文字记录，或对本样表进行调整后再行使用。

年龄 19 周岁及以上人士 加入全市免疫接种登记系统 (CIR) 同意书

纽约市全市免疫接种登记系统 (Citywide Immunization Registry, CIR) 是一个只允许授权用户接触个人免疫接种纪录的电脑化保密系统。该系统中个人信息之隐私受到联邦法律和州法律的严格保护。以下是加入该系统的部分益处：

- 您的医疗保健提供者可以使用 CIR 来确保您得到所有必要的免疫接种，以及其他建议采取的医疗措施。
- CIR 可就您的免疫接种情况提供永久且易读取的纪录。

年龄 19 周岁及以上人士加入 CIR 系统全凭自愿。因此，您只有完成填写这份同意书之后，才能登记加入该系统。如果您希望加入 CIR 系统，请仔细阅读以下声明，并在空格中签名。如需有关本同意书的更多信息，请致电 347-396-2400。

同意声明

我同意 _____（医生或机构名称）将我的免疫接种纪录及身份信息提供给纽约市全市免疫接种登记系统 (CIR)。我理解 CIR 的目的是为我的医疗保健提供辅助，并对我已经接受或将要接受的免疫接种做出记录。我的免疫接种信息有可能被纽约市健康与心理卫生局出于质量改进、流行病学研究和疾病防控等目的加以使用。用于质量改进或研究目的的信息将删除我的个人标识信息。

CIR 中的免疫接种信息可能向以下各方提供：我本人、我的健康保险计划、州和地方卫生部门、我注册就读的学校，以及为我提供医疗保健的授权医疗提供者。

我理解，如果我选择不加入 CIR，并不会在接受治疗、付款或享受福利方面，对我造成影响。本同意书亦可借助所提供的表格随时予以撤回。如果我随后选择撤回本同意书，CIR 之前在我同意下接收到的免疫接种信息，将在 CIR 中继续保留。但是，我撤回同意书之后的免疫接种信息将不在 CIR 系统中记录在案。

以正楷书写姓名

出生日期

签名

日期