



索取免疫接种纪录申请表

请以清晰字迹工整填写。

申请人信息 (你索取的纪录所有人的信息)

名字 _____ 中间名 _____

姓氏 _____

出生时指定性别 男 女 _____ 是否在 NYC 出生? 是 否 _____

出生日期 (月/日/年) _____ / _____ / _____ Medicaid 号码 (如适用) _____ - _____ - _____

电话号码 _____ 传真 (如果你在以传真方式索取纪录) _____

地址 _____ 公寓号 _____

城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

申请人出生医院的名称 _____

医疗保健提供者的名称 _____

医疗保健提供者的电话号码 _____

申请人母亲的信息

母亲的名字 _____ 母亲的娘家姓氏 (第一次结婚前的姓氏) _____

母亲的出生日期 (月/日/年) _____ / _____ / _____

父母信息 (如果申请人是未成年人, 请选择您与未成年人的关系)

母亲 父亲 监护人 其他 (请说明)

名字 _____ 姓氏 _____

电子邮件地址 _____ 首选语言 (如果不是英语) _____

谨此证明, 我是拟查询免疫接种纪录的上述未成年人的父母、监护人或其他存在监护关系者, 因此我有权查看此信息; 或者我是纪录所有者。我明白向健康和心理卫生局 (Department of Health and Mental Hygiene) 提交虚假、不真实或误导性信息是违反《纽约市卫生法规》第 3.19 条的行为。我也明白每次此类违规行为可依据《纽约市卫生法规》第 3.11 条被处以最高 2,000 美元的民事罚款。

申请人或父母签名 (如果申请人是未成年人)

日期

如需更多信息, 或索取本申请表的纸质版本, 请致电 311, 访问 nyc.gov/health/cir 或发电子邮件至 cir@health.nyc.gov。

以邮寄或传真方式索取纪录的说明:


1. 填写本申请表。
2. 附上一份有效带照片身份证件 (如 IDNYC 卡、驾驶执照或护照) 的复印件。
3. 将填妥的申请表和身份证件复印件 邮寄至:

NYC DOHMH
Citywide Immunization Registry
42-09 28th Street, 5th Fl., CN 21
LIC, NY 11101-4132

或将其传真至 347-396-8840。

请不要用电子邮件发送本申请表。

如果你以邮寄方式提交了申请, 你将在十个工作日内收到回复; 如果你以传真方式提交了申请, 你将在两个工作日内收到回复。

We help you call the shots! 

For Official Use Only

Form Received on ___/___/___
Status of Request:
 Record Sent on ___/___/___
 Record Not Found
 Record Found, No Vaccines
 Form Incomplete
Staff Initials: _____