

Massachusetts Immunization Information System MIIS

РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ВАШИХ ПРИВИВКАХ Возражение (или снятие возражения)

Массачусетская система данных об иммунизации (Massachusetts Immunization Information System, MIIS) ведёт учёт всех прививок, которые врачи и работники здравоохранения ставят пациентам в штате Массачусетс. Система была создана в соответствии с законодательством штата (M.G.L., глава 111, раздел 24М), и обслуживает её Массачусетское управление общественного здравоохранения (Massachusetts Department of Public Health, MDPH).

Вся информация, содержащаяся в MIIS, хранится в конфиденциальности работниками здравоохранения и другими специалистами, участвующими в процессе иммунизации. Закон разрешает передачу информации врачам и медсёстрам, предоставляющим вам медицинские услуги, школьным медсёстрам, местным советам здравоохранения и сотрудникам агентств штата, **участвующим в процессе иммунизации** (включая программу WIC). Например, по закону новый врач может проверить, какие прививки вам ставили другие врачи. Медсестра отделения неотложной помощи, которая никогда вас раньше не видела, может проверить в MIIS, ставили ли вам раньше определённую прививку. Доступ к вашим данным могут получить только те, кто участвует в вашем медицинском обслуживании и имеет причины для того, чтобы знать эту информацию.

Возможно, вы **не** хотите, чтобы ваша история прививок разглашалась таким образом. Если это так, вам нужно отметить вариант «Я ВОЗРАЖАЮ» ниже и заполнить обратную сторону этой формы. После этого вам следует передать эту форму врачу или другому медицинскому работнику либо отправить её по факсу или по почте в управление MDPH, контактные данные которого указаны на обороте этой формы. Если вы возражаете, ваши данные об иммунизации по-прежнему будут храниться в MIIS, но доступ к ним смогут получить только сотрудники клиник управления MDPH, которые будут ставить вам прививки. Примечание: **вам** нужно будет вести учёт прививок вашего ребёнка на тот случай, если вы поменяете врача или ребёнку будут ставить прививки в других медицинских учреждениях в вашем районе.

Если вы передумали или в будущем передумаете и захотите поделиться этой информацией с другими врачами и медицинскими учреждениями, отметьте графу «Я СНИМАЮ ВЫРАЖЕННОЕ МНОЙ РАНЕЕ ВОЗРАЖЕНИЕ» ниже и передайте эту форму своему врачу или другому сотруднику здравоохранения (или управления MDPH).

Ф.И.О.: _____

Я ВОЗРАЖАЮ против передачи информации о моём ребёнке, содержащейся в MIIS. Я понимаю, что из-за этого мой врач или другой медицинский работник не смогут проверить данные об иммунизации в MIIS, поступающие из других медицинских учреждений. Я также понимаю, что это возражение не лишит моего ребёнка возможности проходить иммунизацию.

Я СНИМАЮ ВЫРАЖЕННОЕ РАНЕЕ ВОЗРАЖЕНИЕ против передачи информации о моём ребёнке, содержащейся в MIIS. Я понимаю, что, подписав и передав эту форму, я разрешаю MIIS передавать информацию о прививках моему врачу или врачам, врачу или врачам моего ребёнка либо другим работникам здравоохранения и другим лицам, по закону имеющим право на доступ к этой информации.

- продолжение на обороте -

