

Massachusetts Immunization Information System MIIS

TIẾT LỘ THÔNG TIN TIÊM CHỪNG CỦA QUÝ VỊ Biểu Mẫu Phản đối (hay Rút lại Phản đối)

Hệ thống Thông tin Chủng ngừa Massachusetts (MIIS) ghi lại tất cả các lần chủng ngừa mà bác sĩ và nhân viên y tế thực hiện cho bệnh nhân ở Massachusetts. Hệ thống đã được lập ra theo luật tiểu bang (M.G.L c. 111, Mục 24M), và được điều hành bởi Ban Y Tế Cộng Đồng Massachusetts.

Tất cả mọi thông tin trong hệ thống MIIS được giữ kín giữa các nhân viên y tế và các nhà chuyên môn khác tham gia chủng ngừa. Luật pháp cho phép tiết lộ thông tin cho các bác sĩ và y tá cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị, các y tá trong trường học, ban y tế địa phương, và nhân viên ở các tổ chức tiểu bang **tham gia chủng ngừa** (kể cả Chương trình WIC). Ví dụ, luật pháp cho phép một bác sĩ mới kiểm tra để biết quý vị đã nhận được những liều thuốc chủng ngừa nào từ các bác sĩ khác. Luật pháp cho phép một y tá trong phòng cấp cứu người chưa từng gặp quý vị trước đây kiểm tra hệ thống MIIS để biết là quý vị đã được chủng ngừa một liều thuốc nào đó chưa. Hồ sơ của quý vị chỉ được tiết lộ cho những ai tham gia chăm sóc quý vị, những người có lý do để xem hồ sơ.

Quý có thể **không** muốn quá trình chủng ngừa của quý vị được tiết lộ bằng cách này. Nếu vậy, hãy đánh dấu vào ô cạnh chỗ “TÔI PHẢN ĐỐI” dưới đây và điền thông tin vào mặt sau của biểu mẫu. Sau đó đưa biểu mẫu cho bác sĩ của quý vị hay nhân viên y tế khác, hay gửi bằng fax hay bằng thư đến Ban Y Tế Cộng Cộng theo thông tin liên lạc có ở mặt sau của biểu mẫu này. Nếu quý vị phản đối, thông tin về chủng ngừa của quý vị vẫn sẽ có trong hệ thống MIIS, nhưng chỉ có (những) nhân viên y tế thực hiện chủng ngừa cho quý vị và Ban Y Tế Cộng Cộng có thể xem nó. Chú ý: **Quý vị** cần lưu lại hồ sơ chủng ngừa của quý vị hay con quý vị trong trường hợp quý vị thay đổi bác sĩ hay được chủng ngừa bởi nhân viên y tế khác trong cộng đồng quý vị.

Nếu quý vị đã thay đổi ý định hay nếu quý vị thay đổi ý định trong tương lai và quyết định tiết lộ thông tin với các nhân viên y tế, đánh dấu vào chỗ “TÔI RÚT LUI SỰ PHẢN ĐỐI TRƯỚC CỦA TÔI” dưới đây và đưa biểu mẫu cho bác sĩ hay nhân viên y tế khác (hay cho Ban Y Tế Cộng Cộng Massachusetts).

Tên: _____

TÔI PHẢN ĐỐI tiết lộ thông tin trong hệ thống MIIS về tôi hoặc về con tôi. Tôi hiểu là điều này sẽ ngăn không cho bác sĩ của tôi hay bác sĩ của con tôi kiểm tra hệ thống MIIS để biết thông tin chủng ngừa có từ những nhân viên y tế khác. Tôi hiểu thêm là việc phản đối này sẽ không khiến cho con tôi hay tôi mất đi việc có thể được chủng ngừa.

TÔI RÚT LUI SỰ PHẢN ĐỐI TRƯỚC CỦA TÔI về tiết lộ thông tin trong hệ thống MIIS về tôi hoặc về con tôi. Tôi hiểu là bằng cách ký vào biểu mẫu này, hệ thống MIIS sẽ tiết lộ thông tin chủng ngừa với (các) bác sĩ của tôi hay bác sĩ của con hoặc những nhân viên y tế khác được phép xem thông tin theo luật pháp.

-xem tiếp ở mặt sau-

Thông tin của Cá nhân hay của Trẻ em (thông tin này cần thiết để xác định thỏa đáng danh tánh quý vị hay con quý vị)

Tên: _____		
Họ	Tên	Chữ lót
Ngày sinh: _____		Tên thời con gái của mẹ: _____
TT/NN/NNNN		Đối với trẻ nhỏ hơn 18 tuổi.
Giới tính: _____		Số điện thoại: (____) _____
Địa chỉ: _____		
Thành phố: _____	Bang: _____	ZIP: _____

Nếu biểu mẫu này được điền bởi một người nhỏ hơn 18 tuổi, hãy cho biết thông tin liên lạc của Cha mẹ/Người giám hộ:

Tên: _____		
Họ	Tên	Chữ lót
Quan hệ với trẻ: _____		Số điện thoại: (____) _____
Địa chỉ: _____		
Thành phố: _____	Bang: _____	ZIP: _____

Chữ ký của Cá nhân hay Cha mẹ/Người giám hộ:

Chữ ký: _____	Ngày: _____
---------------	-------------

Hãy gửi trả biểu mẫu cho nhân viên y tế. Quý vị cũng có thể nộp biểu mẫu này trực tiếp cho Ban Y Tế Công Cộng ở địa chỉ sau:

Massachusetts Immunization Information System (MIIS)
Immunization Program
Massachusetts Department of Public Health
305 South Street
Jamaica Plain, MA 02130
Fax: **857-323-8321**

Phần dành cho nhân viên y tế:

Health Care Provider Use Only: Please enter your contact information, mail or fax a copy of **both pages** of the form to MDPH, and keep the original for your records:

Facility or Practice Name: _____	
PIN #: _____	Phone: (____) _____
<input type="checkbox"/> Check this box if you have changed the Data Sharing Status in the MIIS for the above mentioned individual.	