Harvest Pediatrics

Comprehensive Health Care for Infants, Children & Adolescents

Bay Area Immunization Registry Consent

This office will enter demographic information, immunizations and the tuberculosis skin testing information into a computerized tracking system called CAIR which will allow us to access the record for future visits should you lose your immunization record or need the information transferred to a doctor or school. All information entered is confidential but may be accessed by the State and local health care providers, including pediatricians, schools, and emergency rooms to obtain immunization histories and/or Tuberculin Skin Test (TST) results.

The Immunization Registry, BARR/CAIR has been disclosed to me. Please Initial:

_____ I consent to share immunization history (Initials)

_____ I decline to share immunization history (Initials)

_____ I consent to share TST results (Initials)

_____ I decline to share TST results (Initials)

X_____ Date: _____

Relationship to Patient: _____ Account # _____

Patient Name: _____

Patient Date of Birth:_____

****

El Condado de Napa de Salud y Servicios Humanos entrara la informacion dada arriba en un sistema llamado CAIR que nos permitira el acceso a su registro para futuras visitas si usted perdiera la tarjeta de vacunacion o se necesite trasferir dicha informacion a un doctor o a la escuela. Toda la informacion entrada en este sistema es confidencial pero puede ser accessible por el Estado y proveedores de salud locales, incluyendo pediatras, escuelas y salas de emergencia de hospitales para obtener historial de vacunacion y el resultado de la Prueba de Tuberculina (TST).

El registro de vacunas, BARR/CAIR se me ha sido revelado. Por favor de marcar con sus iniciales:

_____ Yo doy permiso para compartir el historial de vacunas
(Iniciales)

_____ Yo me niego a compartir el historial de vacunas
(Iniciales)

_____ Yo doy permiso para compartir los resultados de TST
(Iniciales)

_____ Yo me niego a compartir los resultados de TST
(Iniciales)

X_____Fecha:_____

Relacion a paciente: _____ Numero De Cuenta:_____

Nombre del paciente:_____

Fecha de Nacimiento:_____