

**Поставщики медицинских услуг могут зафиксировать добровольное согласие в устной форме
или воспользоваться этим письменным образцом****Согласие на регистрацию в Общегородском реестре учета профилактических прививок
для лиц в возрасте 19 лет и старше**

Общегородской реестр учета профилактических прививок (Citywide Immunization Registry, CIR) г. Нью-Йорка – это конфиденциальная и компьютеризированная система, которая позволяет зарегистрированным пользователям получить доступ к учету о прививках. Строгие федеральные законы и законы штата защищают конфиденциальность личной информации, внесенную в реестр. У регистрации в CIR есть преимущества, вот некоторые из них:

- Ваш поставщик медицинских услуг может воспользоваться CIR, чтобы удостовериться, что вы получаете все необходимые прививки, а также рекомендованные медицинские услуги.
- CIR предоставляет постоянный и удобный доступ к учету ваших прививок.

Регистрация в CIR для лиц в возрасте 19 лет и старше является добровольной, следовательно, вас не регистрируют в реестре, если вы не заполните эту форму согласия. Если вы хотите зарегистрироваться в реестре, внимательно прочтите условия ниже и поставьте свою подпись в отведенной строке.

Для получения дополнительной информации об этом согласии позвоните по номеру 347-396-2400.

Заявление о добровольном согласии на регистрацию в реестре

Я даю свое согласие _____ (имя врача или название организации) на обработку моих личных данных и учете о прививках в Общегородском реестре учета профилактических прививок (CIR) г. Нью-Йорка. Я понимаю, что целью CIR является оказание помощи в медицинском обслуживании и учета прививок, которые мне сделали или сделают в будущем. Моя информация о прививках может быть использована Департаментом здравоохранения и психической гигиены г. Нью-Йорка в целях улучшения качества услуг, эпидемиологических исследований и контроля заболеваний. В информации предназначенной для улучшения качества услуг или исследований будут удалены данные, раскрывающие мою личность.

Информация о прививках, содержащаяся в CIR, может быть передана следующим лицам: лично мне, моей страховой компании, местным департаментам здравоохранения или штата, учебному заведению, в котором я числюсь студентом, и уполномоченным медицинским учреждениям, предоставляющим мне медицинское обслуживание.

Я понимаю, что отказ от регистрации в CIR не повлияет на мое лечение, оплату или получение льгот. Заявление о согласии может быть отозвано в любое время с помощью предоставленного образца формы. Информация о прививках, поступившая в CIR с моего согласия, останется в CIR, если в дальнейшем я решу отозвать свое заявление. При этом прививки сделанные в будущем не будут регистрироваться в CIR, если я решу отозвать свое заявление.

Имя печатными буквами (на английском)

Дата рождения

Подпись

Дата