



ALERT IIS
800 NE Oregon Street, Suite 370
Portland, Oregon 97232
Điện thoại: (800)980-9431
Fax: (971)673-0276
Trang web: www.alertiis.org
Email: alertiis@state.or.us

Yêu cầu Hồ sơ Phụ huynh/Người giám hộ

Hệ thống Thông tin Tiêm chủng ALERT (IIS) là một cơ quan đăng ký toàn tiểu bang ghi lại các đợt tiêm chủng thực hiện ở tiểu bang Oregon từ các nhà cung cấp công hoặc tư. ALERT IIS giúp phụ huynh, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, trường học và những người dùng được ủy quyền khác như được định nghĩa dưới đây biết tình trạng tiêm chủng của một cá nhân.

Luật¹ tiểu bang và Quy tắc² hành chính tiểu bang Oregon quy định việc thu thập và công bố thông tin trong ALERT IIS. Theo luật, thông tin là bí mật và chỉ có thể được chia sẻ với những người dùng được ủy quyền, bao gồm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của một cá nhân, trường học, cơ sở chăm sóc trẻ em, công ty bảo hiểm, sở y tế địa phương, chính các cá nhân đó hoặc phụ huynh của họ nếu người đó là trẻ vị thành niên.

Phụ huynh và người giám hộ hợp pháp có thể thay mặt con cái truy cập hồ sơ cho đến khi trẻ tròn 18 tuổi; sau thời điểm đó, chính bản thân các cá nhân phải lập yêu cầu về hồ sơ. Nếu quý vị muốn có bản sao hồ sơ tiêm chủng của con mình, vui lòng điền đầy đủ thông tin bắt buộc sau:

Tên — của trẻ: _____ Tên đệm: _____ Họ: _____
Địa chỉ: _____ Thành phố, tiểu bang, mã bưu chính: _____
Ngày sinh của trẻ: _____ Nơi sinh: _____ Giới tính: Nữ Nam

Tôi hiểu rằng, với tư cách là phụ huynh hoặc người giám hộ của trẻ dưới 18 tuổi, tôi có thể yêu cầu hồ sơ tiêm chủng miễn phí của con mình từ ALERT IIS tối đa bốn (4) lần trong vòng một năm. Các bản sao bổ sung hồ sơ tiêm chủng của con tôi có thể được cung cấp dựa trên mức phí hợp lý do Giám đốc ALERT IIS thiết lập.

Vui lòng gửi hồ sơ cho một trong những người dùng được ủy quyền sau:

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe Trường Cơ sở chăm sóc trẻ em Chính tôi (phụ huynh/người giám hộ)

Người nhận/gửi đến: _____ Tên của tổ chức _____

Số FAX: _____ Số điện thoại: _____

HOẶC

Địa chỉ gửi thư: _____ Thành phố, tiểu bang, mã bưu chính: _____

Bằng việc ký văn bản này, tôi tuyên bố rằng tôi là phụ huynh hoặc người giám hộ của trẻ liệt kê ở trên.

Tên của phụ huynh/người giám hộ: _____ Số điện thoại: _____

Chữ ký: _____ Ngày: _____

¹ORS 433.090 đến ORS 433.102

²OAR 333-049-0100 đến OAR 333-049-0130



ALERT IIS
800 NE Oregon Street, Suite 370
Portland, Oregon 97232
Điện thoại: (800)980-9431
Fax: (971)673-0276
Trang web: www.alertiis.org
Email: alertiis@state.or.us

Dành riêng cho văn phòng

Ngày nhận: _____	<input type="checkbox"/> Hồ sơ được tìm thấy, ngày gửi: _____	Tên: _____
<input type="checkbox"/> Hồ sơ chưa được gửi	Lý do: _____	Tên: _____

Đối với những cá nhân khuyết tật hoặc những cá nhân nói một ngôn ngữ không phải là tiếng Anh, OHA có thể cung cấp thông tin ở các định dạng thay thế như bản dịch, bản in lớn hoặc chữ nổi Braille. Liên hệ với Trung tâm Thông tin Y tế theo số 1-971-673-2411, 711 TTY hoặc alertiis@dhsosha.state.or.us.