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 24M), 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 -

Информация о взрослом пациенте или ребёнке (для удостоверения вашей личности или личности ребёнка)

Ф.И.О.: _____
Фамилия Имя Отчество

Дата рождения: _____ Девичья фамилия матери: _____
ММ/ДД/ГГГГ Если ребёнку нет 18 лет

Пол: _____ Телефон: (_____) _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Если форма заполняется для ребёнка младше 18 лет, укажите контактные данные родителя или опекуна:

Ф.И.О.: _____
Фамилия Имя Отчество

Кем приходится ребёнку: _____ Телефон: (__ ___) _____

Адрес:_____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Подпись взрослого пациента или родителя/опекуна:

Подпись: _____ Дата: _____

Пожалуйста, отдайте эту форму своему врачу/клинике. Вы также можете отправить эту форму напрямую в Массачусетское управление общественного здравоохранения по следующему адресу:

Massachusetts Immunization Information System (MIIS) (Массачусетская система данных об иммунизации)
Immunization Program (Программа иммунизаций)
Massachusetts Department of Public Health (Массачусетское управление общественного здравоохранения)
305 South Street
Jamaica Plain, MA 02130

Факс: **617-983-4301**

Заполняется только врачом/клиникой:
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: (_____) _____

☐ Check this box if you have changed the Data Sharing Status in the MIIS for the above mentioned individual.