NH DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
Vaccinate for Life!

Chọn Không Tham Gia
Hệ Thống Đăng Ký Tiêm Chủng/Chủng Ngừa ở New Hampshire

☐ Tôi **chọn không tham gia hệ thống đăng ký tiêm chủng/chủng ngừa ở New Hampshire.**

☐ Tôi **chọn không để con tôi tham gia hệ thống đăng ký tiêm chủng/chủng ngừa ở New Hampshire**.

Tôi hiểu rằng quyết định này sẽ không ngăn cản tôi hoặc con tôi được chủng ngừa.

Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ quyết định của mình bất cứ lúc nào bằng cách điền vào biểu mẫu "Đảo Ngược Quyết Định Trước Đây Không Tham Gia Hệ Thống Đăng Ký Tiêm Chủng/Chủng Ngừa ở New Hampshire" do nhà cung cấp dịch vụ y tế hiện tại của tôi cung cấp.

Tôi hiểu rằng thông tin tiêm chủng/chủng ngừa của tôi hoặc con tôi sẽ không được công bố cho cơ quan đăng ký tiêm chủng/chủng ngừa New Hampshire.

NGÀY: _____

TÊN BỆNH NHÂN (In hoa): _____

TÊN BỆNH NHÂN (chữ ký): _____

TÊN NGƯỜI GIÁM HỘ nếu người đó dưới 18 tuổi (in hoa): _____

TÊN NGƯỜI GIÁM HỘ nếu người đó dưới 18 tuổi (chữ ký): _____

SỰ CHỨNG KIẾN của nhà cung cấp dịch vụ y tế hiện tại: _____

Những bệnh nhân chọn từ chối tham gia đăng ký sẽ không bị loại bỏ nghĩa vụ tuân thủ các yêu cầu chủng ngừa hiện hành được quy định trong RSA 141-C: 20-a và He-P 301.14.

Được hoàn tất bởi nhà cung cấp dịch vụ y tế hiện tại:

Ngày nhập bệnh án điện tử: _____
Tên họ viết tắt: _____