

# MIIS

## 分享您的預防接種資訊 異議（或撤回異議）表

麻薩諸塞州預防接種資訊管理系統（MIIS）會記錄麻薩諸塞州醫師和醫療院所提供給患者的所有預防接種。此系統是根據州法（麻州普通法第 111 章 24M 節）的規定建立，並由麻薩諸塞州公共衛生部負責營運。

MIIS 當中的所有資訊在參與預防接種的醫療院所人員與其他專業人士中保密。法律允許資訊在**參與預防接種**的照護醫護人員、校護、當地衛生委員會及州立機構的人員之間分享（包括 WIC 計畫）。例如，允許新醫師查閱過去其他醫師曾為您施打哪些針劑。同時允許以前從未與您接觸的急診室護士，向 MIIS 查詢您是否曾施打過特定的針劑類型。只有參與您照護且確有理由需要得知該記錄的人員，可以取得您的記錄。

您可能希望**不要**以此方式分享預防接種記錄。若是如此，請勾選下方「我有異議」旁邊的方格，並在本表背面填寫相關資訊。然後將表格交給您的醫師或其他醫療院所人員，或依照本表背面提供的聯絡資訊，透過傳真或郵件方式遞交至公共衛生部。若您提出異議，您的預防接種資訊仍會保留在 MIIS 當中，但僅有為您施打針劑的單位以及公共衛生部可以查閱。請注意：若您更換醫師或從社區內的其他醫療院所接種疫苗，必須記下您自己或您孩子的預防接種記錄。

若您已改變心意或日後改變心意，並決定與更多醫療院所分享此資訊，請勾選下方的「我撤回先前的異議」，並將表格交給您的醫師或其他醫療院所人員（或 MDPH）。

---

姓名： \_\_\_\_\_

我對於分享 MIIS 中我自己或我孩子的相關資訊**有異議**。我瞭解這樣做會使我自己或我孩子的醫師或其他醫療院所人員，無法查閱 MIIS 當中由其他醫療院所提供的預防接種資訊。我亦瞭解本異議不會使我的孩子或我自己無法接受預防接種。

我**撤回先前**對於分享 MIIS 中我自己或我孩子的相關資訊之異議。我瞭解簽署並提交本表格後，MIIS 就可以和我自己或我孩子的醫師或其他醫療院所，及法律允許檢視此資訊的其他人員，分享預防接種資訊。

-背面（續）-

個人或孩童資訊 (需要此資訊才能證明您或您孩子的身分)

姓名：	_____	_____	_____
	姓氏	名字	中間名
出生日期：	_____	母親婚前原名：	_____
	月月/日日/年年年年		適用於未滿 18 歲的青少年。
性別：	_____	電話號碼：	(____) _____
街道地址：	_____		
城市：	_____	州別：	_____
		郵遞區號：	_____

若替未滿 18 歲的兒童填寫本表格，請提供家長/監護人聯絡資訊：

姓名：	_____	_____	_____
	姓氏	名字	中間名
與孩童關係：	_____	電話號碼：	(____) _____
街道地址：	_____		
城市：	_____	州別：	_____
		郵遞區號：	_____

個人或家長/監護人簽名：

簽名：	_____	日期：	_____
-----	-------	-----	-------

請將本表交回您的醫療院所。或直接將本表提交至公共衛生部，地址如下：

Massachusetts Immunization Information System (MIIS)  
Immunization Program  
Massachusetts Department of Public Health  
305 South Street  
Jamaica Plain, MA 02130  
傳真：617-983-4301

僅供醫療院所使用：

**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: (____) _____
<input type="checkbox"/> Check this box if you have changed the Data Sharing Status in the MIIS for the above mentioned individual.		

