



ALERT IIS
800 NE Oregon Street, Suite 370
Portland, Oregon 97232
电话：(800)980-9431
传真：(971)673-0276
网址：www.alertiis.org
电邮：alertiis@odhsoha.oregon.gov

家长/监护人记录申请

ALERT 免疫信息系统 (IIS) 是一份全国范围内的注册表，

其记录了在俄勒冈州地区由公共或私人医疗保健提供者进行的疫苗接种。ALERT IIS 可帮助父母、医疗保健提供者、学校以及下述定义的其他经授权用户了解个体免疫接种状况。

州法律¹和俄勒冈行政法规²涵盖了 ALERT IIS 信息的采集和发布。根据法律规定，将对信息予以保密且仅能共享给经授权用户，包括个体的医疗保健提供者、学校、儿童保育机构、承保人、当地医疗部门、个体本身或为未成年人士之父母。

父母及法定监护人可代表其孩子获取记录直至孩子年满 18 周岁；此后，必须有其本人申请记录。如果您想要一份您孩子的该疫苗接种记录副本，请填写下述所要求的信息：

孩子姓名—名字：_____ 中间名：_____ 姓氏：_____

地址：_____ 市，州，邮编：_____

孩子的出生日期：_____ 出生地点：_____ 性别：女 男

本人知悉未年满 18 周岁孩子的父母或其监护人，可以在一个日历年中向 ALERT IIS 免费申请最多四次 (4) 本人孩子的免疫接种记录。本人孩子疫苗接种记录的其他副本可根据 ALERT IIS 主管设置的合理费用给予提供。

请将记录发送至下述经授权用户之一：

医疗保健提供者 学校 儿童保育机构。 本人（家长/监护人）

接收方/至相关人士：_____ 组织名称：_____

传真号：_____ 电话号码：_____

或

电子邮箱：_____ 市，州，邮编：_____

¹ORS 433.090 至 ORS 433.102

²OAR 333-049-0100 至 OAR 333-049-0130



ALERT IIS
 800 NE Oregon Street, Suite 370
 Portland, Oregon 97232
 电话：(800)980-9431
 传真：(971)673-0276
 网址：www.alertiis.org
 电邮：alertiis@odhsoha.oregon.gov

本协议一经签署即表示本人声明本人为上述孩子之父母或监护人。

家长/监护人姓名： _____ 电话号码： _____

签字： _____ 日期： _____

仅限办公用途

接收日期： _____	<input type="checkbox"/> 查找到记录，发送日期： _____	姓名首字母： _____
<input type="checkbox"/> 记录未发送	原因： _____	姓名首字母： _____

对于有残疾的人士或者非英语母语人士，OHA 可使用其他格式提供信息，例如翻译文本、大字体或盲文。请联络健康信息中心，电话：1-800-980-9431，711 TTY 或：alertiis@odhsoha.oregon.gov.

¹ORS 433.090 至 ORS 433.102

²OAR 333-049-0100 至 OAR 333-049-0130