

威斯康星州免疫登记处（WIR）记录披露授权书

填写此表格授权威斯康星州免疫登记处解锁客户信息。威斯康星州免疫登记处中包含的信息包括客户姓名、出生日期、性别、疫苗组、接种日期、其他疫苗详情和推荐疫苗。此表格供客户或未成年客户的父母/监护人从威斯康星州免疫登记处获取自己的信息或将信息发送给第三方。

记录可以通过电子邮件、邮件或传真发送给请求者或机构/组织。客户信息一经解锁，便可以在以下网址获取：
<https://www.dhswir.org>。威斯康星州免疫登记处的信息将在收到此签名授权书后 5 个工作日内解锁。

客户信息	发送至:
客户姓名（姓、名、中间名）	机构/组织或个人姓名（请提供姓、名、中间名）
地址	地址
城市、州、邮政编码	城市、州、邮政编码
出生日期（MM/DD/YYYY）	电子邮件地址
母亲的婚前姓（姓、名、中间名）	传真号码（包括区号）
电话号码（包括区号）	电话号码（包括区号）

免疫接种情况应发送给列明的接种者/机构/组织：

☐ 电子邮件 ☐ 邮件 ☐ 传真 ☐ 将通过威斯康星州免疫登记处在线获取：<https://www.dhswir.org>

请解释记录披露的原因：

☐ 进一步医疗 ☐ 学校或托儿所资格 ☐ 就业

☐ 其他 _____

签名 – 客户（如果 18 周岁或以上）	签字日期	正楷姓名
签名 – 客户父母/法定监护人	签字日期	正楷姓名/与客户的关系

将填写好的表格返回威斯康星州免疫登记处服务台：

邮件：
Wisconsin Department of Health Services
WIR Help Desk
201 E. Washington Ave., Room G100
Madison, WI 53703

电子邮件：
dhswirhelp@wisconsin.gov

传真：
608-267-9493

电话：
608-266-9691

请注意，您的信息可能并不安全，因为如果您通过或要求通过电子邮件发送信息，则不会对信息进行加密。如果您要求将信息发送给隐私法未涵盖的第三方，该方可能会将信息披露给其他人。您披露记录的请求并不会影响通过威斯康星州免疫登记处向您提供的服务。您可以随时通过向威斯康星州卫生服务部上述地址发送书面请求撤销此授权书。您的撤销请求不适用于我们收到您的撤销请求之前已披露的信息。此授权书在请求者授权并签署披露表格之日后 30 天到期。

For Official Use Only	
Date Searched/Released:	Searched/Released by:

☐ Records Released ☐ Record Not Found ☐ Record Found but No Immunizations Reported