

尽可能用英文填写信息。请以正楷填写清楚。

申请人信息 (您索取其记录的人员信息)

名字	中间名
姓氏	
出生性别 男 女	是否出生在纽约市? 是 否
/ /	
出生日期 (月、日、年)	Medicaid 编号 (如果适用)
- -	- -
电话号码	传真 (如果您通过传真申请记录)
地址	楼栋
城市	州 邮编
申请人出生医院名称	
医疗服务提供者姓名	
医疗服务提供者电话号码	- -

申请人母亲信息

母亲名字	母亲婚前姓氏
/ /	(首次结婚前的姓氏)
母亲出生日期 (月、日、年)	

父母信息 (如果申请人未成年, 请选择您与孩子的关系。)

母亲 父亲 监护人 其他 (请说明)

名字 姓氏

电子邮件地址 主要语言 (如果不是英语)

兹证明我是孩子的父母、监护人或对孩子负有抚养或监护责任的人员, 以上所述为孩子信息, 用于搜索疫苗接种记录, 因此, 我有权查看这些信息; 或这些信息与我本人有关。我明白向纽约市健康与心理卫生局递交伪造、虚假或有误导性的信息违反《纽约市卫生法典》第 3.19 节。我也明白根据《纽约市卫生法典》第 3.11 节, 任何违反此类法规的行为将每项最高 2,000 美元的民事处罚。

申请人或父母签名 (如果申请人未成年)

日期

有关详细信息, 或索取此表格打印副本, 请致电 311, 访问 nyc.gov/health/cir 或发送电子邮件至 cir@health.nyc.gov。

通过邮件或传真索取记录的说明:


1. 填写申请表。
2. 附上有效且有照片的 ID 副本, 例如 IDNYC 卡、驾驶执照或护照。
3. 请将填写完毕的申请表和 ID 副本邮寄到:

NYC DOHMH
Citywide Immunization Registry
42-09 28th Street, 5th Fl., CN 21
LIC, NY 11101-4132

或将其传真至 347-396-8840。

请勿通过电子邮件发送申请表。

如果您通过邮寄递交申请表, 您将在十个工作日内收到回复, 如果您通过传真递交申请表, 您将在两个工作日内收到回复。

We help you call
the shots! 

仅限官方使用

Form Received on ___/___/___
Status of Request:
 Record Sent on ___/___/___
 Record Not Found
 Record Found, No Vaccines
 Form Incomplete
Staff Initials: _____