



Request Copy of California Immunization Record



The San Diego Regional Immunization Registry (SDIR), part of the California Immunization Registry (CAIR), is a public health program that creates a computer record of your or your child's vaccines. This electronic record helps you and your doctor track the shots you or your child receives and reminds you when new shots are needed for protection against serious illnesses. The information in the registry is confidential and is not released to any unauthorized person or group.

You have the right to request a copy of your or your child's immunization record with the proper/valid identification. For more information, please call **SDIR** at (619) 692-5656. You can fax this completed form and a copy of your photo ID to fax (619) 692-6619. Mailing Address: SDIR, Immunization Branch, 3851 Rosecrans Street, Suite 704, San Diego, CA 92110.

Please print clearly

PERSONAL INFORMATION

Complete as much information as possible so that we can accurately locate your/your child's immunization record.

<i>First Name</i>	<i>Middle Name</i>	<i>Last Name</i>	
		M	F
<i>Alias / Nickname</i>	<i>Date of Birth</i>	<i>Gender</i>	
<i>Address</i>	<i>Apt. No.</i>	<i>City</i>	<i>State</i>
		<i>Zip Code</i>	

PATIENT/PARENT/LEGAL GUARDIAN'S INFORMATION (if requesting a record for a child under 18 years of age)

Complete as much information as possible so that SDIR can properly identify you as the patient/ parent/legal guardian of the patient.

<i>First Name</i>	<i>Middle Name</i>	<i>Last Name</i>	
<i>Type of Identification and number</i>	<i>Date of Birth</i>	M	F
		<i>Relationship to the Patient</i>	
<i>Address</i>	<i>Apt. No.</i>	<i>City</i>	<i>State</i>
		<i>Zip Code</i>	<i>Telephone</i>

_____ **I requested/received a copy of my child's immunization record and provided a proper identification to SDIR. (Please Initial)**

_____ **I requested/received a copy of my immunization record and provided a proper identification to SDIR. (Please Initial)**

Signature of patient/parent/legal guardian _____ *Date*

Verified by (Registry staff) Verified on ___/___/___

El Registro Regional de Vacunación de San Diego (SDIR), es un programa de salud pública y parte del Registro de Vacunación de California, que hace un archivo computarizado de las vacunas de su niño o de Ud. Este archivo electrónico ayuda a que Ud. y su médico tenga el control de las vacunas que recibe Ud. y o su niño y les ayuda a recordar cuando necesiten las nuevas vacunas para su protección de las enfermedades serias. La información en el registro es confidencial y no se le da a ninguna persona o grupo que no este autorizado.

Ud. tiene el derecho de pedir una copia del record de vacunación, suyo o de su hijo, mostrando una identificación apropiada y válida. Para mayor información, favor de llamar a **SDIR** al (619) 692-5656. También puede llenar esta forma y enviarla por fax con una copia de su identificación con foto al número de fax (619) 692-6619 Dirección del correo: SDIR, Immunization Branch, 3851 Rosecrans Street, Suite 704, San Diego, CA 92110.

Favor de llenar con letra de molde

INFORMACIÓN PERSONAL

Llene toda la información que pueda para que podemos encontrar su archivo o de su hijo en el registro.

<i>Primer Nombre</i>		<i>Segundo Nombre</i>		<i>Apellido</i>	
				M	F
<i>Otros nombres/sobre nombre (opcional)</i>			<i>Fecha de Nacimiento</i>		<i>Sexo</i>
<i>Dirección</i>	<i>Número de Apto.</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>	

INFORMACION DEL PADRE/TUTOR LEGAL (SI ES MENOR DE 18 AÑOS)

Si Ud. es el padre o tutor legal, llene esta información para identificarse como el responsable del niño.

<i>Primer Nombre</i>		<i>Segundo Nombre</i>		<i>Apellido</i>	
				M	F
<i>Tipo de Identificación y número</i>		<i>Fecha de Nacimiento</i>		<i>Sexo</i>	<i>Relación con el paciente</i>
<i>Dirección</i>	<i>Número de Apto.</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>	<i>Teléfono</i>

_____ **Yo he solicitado/recibido una copia del record de vacunación de mi hijo y entregué una identificación apropiada y válida al SDIR. (Ponga sus iniciales)**

_____ **Yo he solicitado/recibido una copia de mi record de vacunación y entregué una identificación apropiada y válida al SDIR. (Ponga sus iniciales)**

_____ *Firma del paciente / padre o tutor legal* _____ *Fecha*

_____ *Verificado por (nombre del equipo del SDIR)* Verificado el ___/___/___