

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 ___/___/___