

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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_