



County of San Diego

Immunization Registration Form
(Forma para registro de vacunas)
إستمارة التسجيل للتلقيح

Name of Event:

Region/Organization:

Date of Event:

PLEASE PRINT PATIENT'S INFORMATION/ الرجاء كتابة معلومات المريض
FAVOR DE IMPRIMIR LA INFORMACION DEL PACIENTE

LAST NAME/APELLIDO/ اللقب FIRST NAME/PRIMER NOMBRE/ الاسم الأول MIDDLE INITIAL/INICIAL/ الاسم الوسطي

DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO/ تاريخ الولادة AGE/EDAD/ العمر GENDER/GENERO/ الجنس
MALE MASCULINO FEMALE FEMENINO NON-BINARY NO BINARIO

RACE/RAZA ETHNICITY/ETNICIDAD OCCUPATION/OCUPACION
AMERICAN INDIAN/ALASKAN NATIVE ASIAN HISPANIC/LATINO NON HISPANIC/LATINO UNKNOWN/DECLINE
FIRST RESPONDER LONG TERM CARE FACILITY STAFF HEALTHCARE WORKER OTHER (specify):

HOMELESS HOME NUMBER/TELEFONO DE CASA/ رقم هاتف المنزل WORK/MESSAGE NUMBER/ الموبيل رقم هاتف العمل EMAIL ADDRESS
UNSHeltered SHELTERED AREA CODE/LADA/ رمز المنطقة

STREET ADDRESS/CALLE Y NUMERO/ عنوان الشارع CITY/CIUDAD/ المدينة STATE/ESTADO/ لولاية ZIP CODE/ZONA POSTAL/ الرمز البريدي

Have you received immunizations during the last 12 months? هل أخذت أية لقاحات في الإثنى عشر شهر الماضية
Ha recibido vacunas aquí durante los últimos 12 meses?

A. I have been given a copy and have read, or have had explained to me, the information in the specific Vaccine Information Statement(s) about the disease(s) and the vaccine(s) which will be given today.
A. Me han dado una copia y he leído, o me han explicado, la información contenida en la Declaración de Información de vacunas sobre las enfermedades y vacunas indicadas abajo.

DATE / FECHA / التاريخ SDIR Decline to Share (only if declining to share)/Negarse a compartir/ رفض المشاركة

PARENT NAME (If under age 18) PARENT PHONE

OFFICE USE ONLY

Table with 4 columns: Vaccine Given (Brand Name), Lot #, Expiration Date, Site. Rows contain LD and RD entries.

VIS Print Date: VIS given (initials):

VACCINATOR Name (print): Sign: SDIR #:

SDIR Data Entry Completed by Name: Date: