

**PATIENT REGISTRATION FORM • FORMA PARA REGISTRO DE PACIENTES**

\_\_\_\_\_  
Last Name / Apellido(s)

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Phone Number / Número de Telefono

\_\_\_\_\_  
First and Middle Name / Primer y Segundo nombre

\_\_\_\_\_  
Preferred Language / Idioma Preferido

\_\_\_\_\_  
Month/Mes    Day/Día    Year/Año

\_\_\_\_\_  
Date of Birth / Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Age / Edad    Under 2 years / Menor de 2 años  Y  N  
Gender/Genero  M  F  Non Binary/No binario

**RACE / RAZA:**

- American Indian     Asian / Pacific Islander  
 Native Alaskan     Black / African American  
 Caucasian / White     Other

**ETHNICITY / GRUPO ETNICO:**

- Hispanic     Non-Hispanic     Unkown

\_\_\_\_\_  
Social Security Number / Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Mother's Full Name/ Nombre completo de la Madre

**EMERGENCY CONTACT / CONTACTO DE EMERGENCIA**

\_\_\_\_\_  
Home Address/ Domicilio    Street/Calle    Apt#/# Apt

\_\_\_\_\_  
Name /Nombre    Relationship / Relación

\_\_\_\_\_  
City / Ciudad    State/Estado    Zip Code/C.P.

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Emergency Phone Number / Teléfono de emergencia

Occupation/Ocupación: \_\_\_\_\_

**PHIS #**

Registered by: \_\_\_\_\_

- Ped Imm     < 2 yrs     Flu     Adult Imm     Immigration  
 HD     Active Medi-Cal #:     Active Medicare #:

**Public Health Services Immunization Program Appendix 7  
IMMUNIZATION AUTHORIZATION LOG**

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. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of the vaccine(s) and allow this (these) vaccine(s) checked below be given to me or to the person for whom I am authorized to make this request.

B. I understand that the patient's name, other identifying information and immunization history may be shared with other licensed health care providers, e.g., physicians, nurses, hospitals, etc. and schools for the purpose of immunization management and I consent to the release of this information, unless I have indicated that I do not wish to participate in this program by making a check mark in the box labeled "CAIR Opt Out".

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. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las que me han sido contestadas a mi completa satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas y pido que estas vacunas indicadas abajo me sean aplicadas a mi o la persona cuyo nombre aparece abajo, por quien estoy autorizado para hacer esta solicitud.

B. Entiendo que el nombre del paciente y otra información de identificación, así como la historia de vacunación pudiera ser compartida con otros proveedores de salud con licencia, por ejemplo: otros médicos, enfermeras, hospitales y escuelas para propósitos de manejo de las vacunas y que yo estoy de acuerdo que esta información sea compartida, a menos de que yo haya indicado que no deseo participar en este programa marcando la caja "CAIR Opt Out"

Select ONLY Vaccines Given to Client

Trumenba    MEN-B     PED

DTAP

DTap / IPV / Hep B

Hep A     PED     ADL

Hep B     PED     ADL

HPV     PED     ADL

Hib        IPV   

Flu QUAD    PEDS

Flu QUAD (>19yrs)    REG  PF

MCV4     PED     ADL

MMR     PED     ADL

PPSV23     PED     ADL

PCV13     PED     ADL

Rotavirus    SHINGRIX

Td     PED     ADL

Tdap     PED     ADL     STATE

Varicella     PED     ADL

Zoster

MMRV

DTAP/ HIB / IPV

Staff Signature:

Staff Name:

CAIR Signature:

Signature/Firma \_\_\_\_\_ CAIR Opt Out