

Immunization records are online!

The Sweetwater Union High School District uses the California Immunization Registry (CAIR) to store immunization records for many of their students. By using this system, the school can make sure that your children's immunization records can be easily located by a school nurse or health care provider when you change schools, doctors, or during a disease outbreak, or natural disaster. Once the record is in CAIR, you will then be able to access it in the future through an online registration process at <http://www.sandiegoimmunizationregistry.org/mraccess/login.jsp>

Sweetwater Union High School District staff enter immunization records into the centralized, secure, and confidential database. **Please return this completed form to your school, to the attention of the school nurse.**

For more information, visit the SDIR Website at: www.sdiz.org/CAIR-SDIR/index.html or call the SDIR Help Desk at (619) 692-5656 .

Please complete the information below. **Fill out additional form(s) if submitting more than one individual's immunization record.**

Please print clearly and include your phone number in case we need to call you!

| PARENT/GUARDIAN | STUDENT |
|--|---|
| Name: | Last name: |
| Street Address: | First name: |
| City: | Date of Birth: |
| Zip Code: | Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |
| <input type="checkbox"/> Email: | Fields below will help locate the immunization record in the future: |
| Home Telephone: | <input type="checkbox"/> Mother's maiden name: |
| Relationship to student: | <input type="checkbox"/> Medical record # (optional) |
| <input type="checkbox"/> Parent | Office use only |
| <input type="checkbox"/> Guardian | <input type="checkbox"/> ENTERED in SDIR DATE: ___/___/___ STAFF INITIALS _____ |
| <input type="checkbox"/> Other [specify] | |
| Signature of Parent/Guardian: _____ | |

Immunization records are **only shared** with public health, participating health care providers, schools, childcare and other authorized programs that require the review of immunization records for enrollment. Check here only if you do not want the record to be shared. Initials: _____

¡Los archivos de vacunas están en el internet!

El Distrito Escolar de Sweetwater utiliza el Registro de Vacunas de California (CAIR) para mantener los archivos de vacunas de muchos de sus alumnos. Por medio del registro de vacunas, el personal de la escuela de su hijo puede localizar fácilmente el archivo de vacunas cuando su hijo cambia de escuela, doctor, o durante un brote de enfermedad o desastre natural. Cuando el archivo de vacunas está en el CAIR, Ud. podrá verlo en el futuro después de inscribirse en el sitio del internet:

<http://www.sandiegoimmunizationregistry.org/mraccess/login.jsp>

El personal del Distrito Escolar de Sweetwater registra los archivos de vacunas en el centro de datos, el cual es seguro y privado. **Favor de regresar esta forma a la escuela, atención a la enfermera de su escuela.**

Para mas información, visite el sitio de Internet de SDIR:

www.sdiz.org/CAIR-SDIR/index.html o llame al SDIR al (619) 692-5656 .

Favor de llenar toda la información descrita abajo. **Si necesita enviar archivos de vacunas adicionales, llene los formularios adicionales.**

Escriba en letra molde e incluya su teléfono en caso que tengamos alguna pregunta.

| PADRE/TUTOR | ESTUDIANTE |
|---|--|
| Nombre: | Apellido: |
| Dirección: | Primer nombre: |
| Ciudad: | Fecha de nacimiento: |
| Código Postal: | Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino |
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico: | Los datos abajo le ayudarán a localizar el archivo de vacunas en el futuro: |
| Teléfono: | |
| Parentesco con estudiante <input type="checkbox"/> Padre de familia <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro [especifica] | <input type="checkbox"/> Apellido de soltera de la madre: |
| | <input type="checkbox"/> Número de archivo médico # |
| | Office use only |
| | <input type="checkbox"/> ENTERED in SDIR DATE: ___/___/___ STAFF INITIALS _____ |
| Firma de Padre/Tutor: _____ | |

El archivo de vacunas está compartido con programas de salud pública, proveedores de salud, escuelas, guarderías y otros programas con autorización que necesitan revisar el archivo de vacunas para inscripción.

Marque aquí si no quiere que el archivo de vacunas sea compartido. Iniciales: _____