

Tri-City Health Center
Immunization / Registration Consent

Consentimiento de Inmunización / Participación en Registro
免疫 / 註冊同意



Name: _____			
(nombre / 名字):	Last (apellido / 最後)	First (primer nombre / 第一)	Middle (Segundo nombre / 中間)
Gender: _____ Date of Birth (month / day / year): _____ / _____ / _____ Age: _____			
(sexo / 性別)	(fecha de nacimiento / 出生日期)	(mes / 月) (dia / 天) (ano / 年)	(edad / 年齡)
Address: _____			
(dirección / 地址)	Street (calle / 街頭)	Apt# (numero de apartamento / 公寓號碼)	
		(_____) _____ - _____	
City (ciudad / 城市)	State (estado / 狀態)	Zip (codigo postal / 郵政編碼)	Phone (teléfono / 電話)
Mother's First Name: _____		Mother's Maiden Name: _____	
(primer nombre de la madre / 母親的名字)		(apellido de soltera de la madre / 母親的娘家姓)	
I am this child's (choose one):		_____ parent	_____ guardian
Su relación con el paciente es (escoja uno):		_____ padre / madre	_____ guardian
我是這個孩子的 (任選其一) :		_____ 親	_____ 監護人

I have been given a copy and have read or had explained to me the vaccine information statements for the vaccine(s) I am requesting for me or my child. I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I believe I understand the risks and benefits of these vaccines. I hereby give consent to Alameda County to administer to the above named patient any immunizations or TB skin test deemed advisable or necessary.

As part of the Bay Area Immunization Registry, I understand that the clinic may share immunization information about me or my child with people involved in the care of me or my child, including: other doctors, clinics, or hospitals, County and State Health Departments, WIC programs, schools, child care facilities and family day homes, County Welfare Department CAL works, my insurance company and health plan, and any others as allowed by law.

I understand that I may receive mail and/or telephone calls to remind me when my or my child's next immunizations are due. I understand that I have the right to refuse to receive mail and/or telephone calls.

I understand that I have the right to contact the Alameda County Public Health Department to check the immunization information, report any errors and get the names and addresses of those who have accessed this information electronically.

He recibido y he leído o me han explicado la información acerca de la(s) vacuna(s) que estoy solicitando para mi o para mi niño/a. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas satisfactoriamente. Creo que entiendo los riesgos y los beneficios de estas vacunas. Doy permiso a "Alameda County" para administrar todas las vacunas necesarias y la prueba de TB a mi hijo/a.

Como parte de Registro del Area de la Bahía, entiendo que esta clinica participa en el Registro y puede compartir nuestra información de vacunas con las personas envueltas en el cuidado mio o de mi niño/a incluyendo: otros doctors, clinicas u hospitals, el department de salud del condado y del estado, el Programa de Wic, escuelas, jardines de infants y guarderías, el department de bienestar-programa de Cal-Works, mi compañía de seguros, y cualquier persona legalmente autorizada. Entiendo que tengo el derecho de rehusar que mi información sea compartida.

Entiendo que alguien puede escribirme cartas o llamarme por teléfono pra recordarme que yo o mi niño/a necesitamos las próximas vacunas. Entiendo que tengo el derecho de rehusar que se de esta información.

我一直在考慮一個副本，並已經閱讀或已經向我解釋了我請求我或我的孩子該疫苗的疫苗信息聲明。我有機會問了回答讓我滿意的問題。我相信，我明白這些疫苗的風險和收益。在此，我同意阿拉米達縣管理上述指定患者的任何免疫或TB皮試認為最好還是必要的。

作為海灣地區免疫登記處的一部分，據我了解，診所可能與人參與我或我的孩子，包括照顧共享關於我的或我的兒童免疫接種信息：其他醫生，診所，或醫院，計數和國家衛生部門，WIC項目，學校，兒童保育設施和家庭一天的家園，縣福利部CAL的作品，我的保險公司和健康計劃，以及任何其它法律允許。

我知道，我可以接收郵件和/或電話來電提醒我，當我還是孩子的免疫接種旁邊到期。據我所知，我有權拒絕接收郵件和/或電話的權利。

我明白我必須聯繫阿拉米達縣公共衛生部門檢查免疫接種的信息，報告任何錯誤，並得到那些誰訪問電子信息的姓名和地址的權利。

Patient Signature: _____
(firma de padre / madre o guardian / 患者簽名)

Date: _____
(fecha / 日期)