

Proteja Su Tarjeta Amarilla

Haga que sea inscrita en el Registro de Inmunización de California (CAIR)

¡Es gratis y fácil!

¿Que es CAIR?

El Registro de Inmunización de California (CAIR) es un sistema de computación seguro y confidencial utilizado por doctores y otros proveedores de cuidados para la salud para mantener en cuenta los archivos de inmunización (vacunas) de sus pacientes. Si usted cambia de doctor, su nuevo doctor puede usar CAIR para encontrar un archivo de vacunas y añadir nueva información. CAIR incluso es usado por varias escuelas, u otras agencias como WIC para asegurar que su registro o el registro de vacunas de su niño estén listos cuando usted los necesite. CAIR ayuda a estar seguros de que usted o sus niños obtengan sus vacunas a tiempo.

¿Cómo puede CAIR ayudarle?

CAIR le ayuda a su doctor a mantener a su familia saludable. Pero CAIR también le puede ahorrar tiempo y dinero. ¿Perdió "la tarjeta amarilla" de usted o de sus niños? Puede obtener una nueva tarjeta de cualquier oficina de doctor que participe – gratis.

Para hacer que un archivo sea añadido a CAIR, siga los siguientes pasos, 1, 2, 3, 4...

1. Lea el "formulario de revelación"
2. Llene el formulario más abajo y córtelo
3. Haga una copia de su "tarjeta amarilla" de inmunización (o de sus niños)
4. Envié por fax, correo, o correo electrónico este **formulario y una copia de La Tarjeta Amarilla** a:

Amarilla a:

CAIR
 Ventura County Public Health, Immunization Programs
 2240 E. Gonzales Rd., Suite 250
 Oxnard, CA, 93036 Fax: 805-981-5210
 Correo electrónico: Immunization.Program@ventura.org

Si alguna vez pierde su tarjeta amarilla, póngase en contacto con la oficina de CAIR al 805-981-5211 para obtener una tarjeta nueva.

-----✂----- corte a lo largo de aquí-----✂-----✂-----
 Formulario de Matriculación (1 formulario por persona)

1. Apellido: _____ Nombre: _____
 2. Fecha de Nacimiento: _____
 3. Sexo (escoja uno): Masculino Femenino
 4. Nombre de la Mamá (requerido): _____ Apellido: _____
 5. Domicilio (opcional) _____
 6. Número de Teléfono (si fuera necesario llamarle) _____
 7. He leído el "formulario de revelación" y deseo tener mi archivo de inmunización o el archivo de inmunización de mi niño en CAIR
- Firma: _____ Fecha: _____

STAFF ONLY: Entered by: Staff Initials: _____ Date: _____ Location: _____