

**~ BABY TRACK FORM ~**

P.O. BOX 2009 - Stockton CA 95201- 2009  
 Immunization Registry (209) 468-2292

**\*\* READ BACK OF PAGE →**  
**\*\* PLEASE PRINT ~ NEATLY**  
**\*\* Y LEA REVERSO DE LA PÁGINA →**  
**\*\* POR FAVOR ESCRIBIR CLARO**

**BABY'S INFO ~ INFORMACIÓN DEL BEBÉ**

Today's Date ~ La Fecha de hoy: _____		Hospital:				
Baby's First Name ~ Primer Nombre del Bebé:		Middle Name (s) ~ Segundo Nombre (s):		Last Name (s) ~ Apellido del Bebé (s):		
Baby's Appellation (Circle <u>one</u> or write) ~ Apelativo del Bebé (Círculo <u>uno</u> o escribe): Other ~ Otro:			JR	II	III	IV
Date of Birth: (Month-Day-Year) ~ Fecha de Nacimiento del Bebé: (Mes-Día-Año) _____			Sex of Baby: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Sexo del Bebé: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña			
Which vaccines did baby receive at birth? *Use (✓) mark* ¿Cuáles vacunas recibió su bebé cuándo nació? *(✓) marca*			**Ask the <u>NURSE</u> if you do not know** **Pregunte a La Enfermera si usted no sabe**			
( ) Hepatitis B Vaccine / Vacuna de Hepatitis B			( ) Hepatitis B Immune Globulin (HBIG) / Vacuna de (HBIG)			

**MOTHER'S INFO ~ INFORMACIÓN DE LA MAMÁ**

Mother's First Name ~ Primer Nombre de la Mamá:		Middle Name (s) ~ Segundo Nombre (s):		Last Name (s) ~ Apellido de la Mamá:		
Mother's Maiden Name ~ Apellido de Soltera de Mamá:			Kaiser Medical Record #:			
Date of Birth: (Month-Day-Year) ~ Fecha de Nacimiento de la Mamá: (Mes-Día-Año) _____			Primary Language ~ Idioma Primario de la Mamá:			
			Speak English / ¿Hablas Inglés?		YES / SÍ	No
Mother's Street Address - City - State - Zip Code ~ Dirección - Ciudad - Estado - Código Postal de la Mamá:						
Mother's Phone No (Area Code) ~ Teléfono de la Mamá (código de área): ( ) _____						
Mother's Race (Circle <u>one</u> or write): American Indian or Alaska Native Asian Black or African-American Hispanic or Latina Native Hawaiian or Pacific Islander White						
Other ~ Otro:						
Ethnicity ~ Étnico:			Hispanic or Latina? Circle One ~ Círculo Uno		Yes/ Si	No

**FATHER'S INFO ~ INFORMACIÓN DEL PAPÁ**

Father's First Name ~ Primer Nombre de el Papá:		Middle Name (s) ~ Segundo Nombre (s):		Last Name (s) & Appellation ~ Apellido del Papá				
Appellation (Circle One) ~ Apelativo: (Círculo Uno):			SR	JR	I	II	III	IV
Date of Birth (Month-Day-Year) ~ Fecha de Nacimiento (Mes-Día-Año) : _____								
Father's Street Address - City - State - Zip Code ~ Dirección - Ciudad - Estado - Código Postal de el Papá:								
Father's Phone No (Area Code) ~ Teléfono de el Papá: (código de área): ( ) _____								
Father's Race (Circle <u>one</u> or write): American Indian or Alaska Native Asian Black or African-American Hispanic or Latino Native Hawaiian or Pacific Islander White								
Other ~ Otro:								
Ethnicity ~ Étnico:			Hispanic or Latino? Circle One ~ Círculo Uno		Yes/ Si	No		

## WHAT IS BABY TRACK? ~ (HISTORY OF YOUR BABY'S SHOTS)

Congratulations! You have the opportunity to join California Immunization Registry. The Registry is a computerized system that keeps track of your child's shots. By making sure your baby has his/her shots on time, you can protect your baby and other children in the community from serious contagious diseases such as measles, rubella and mumps.

- If you fill out this form for Baby Track, the information on you, father of baby and your child will be entered into the Registry.
- This will help your Healthcare Provider keep your baby's immunizations and records up-to-date. You may receive phone calls or postcards reminding you to get the baby's shots on time.
- The Baby Track Program is completely voluntary. You can refuse to sign up, or if you do sign up, you can quit at any time.
- Please join the Baby Track Program. A simple phone call or postcard might save your new baby from a serious illness.

Sincerely,

San Joaquin County Public Health Services  
Registry Technical Support Team/Help Desk  
[www.myhealthyfutures.org](http://www.myhealthyfutures.org)  
(209) 468-2292

\*\*\*\*\*

## El Condado de San Joaquin ¿QUE ES EL HISTORIAL de VACUNAS PARA SU BEBÉ?

Felicidades! Usted tiene la oportunidad de participar en el Registro de Inmunización de California. Es un programa de computación que mantiene el registro de las vacunas de su niño/niña. Ayuda para que su bebé y otros niños en la comunidad sean protegidos de enfermedades contagiosas como el sarampión, rubéola y paperas.

- Si usted llena esta forma, su información de usted y del el papa del bebé y la de su bebé sera incluida en el Registro.
- Esto ayadara a su proveedor de salud a mantener las vacunas y archivos de su bebé al corriente. Es posible que usted reciba llamadas o tarjetas recordándole que le de las vacunas a su bebé a tiempo.
- El programa es completamente voluntario. Usted puede reusar registrarse, o si se registra, usted puede renunciar en cualquier momento.
- Por favor participe en el programa para su bebé. Una simple llamada o tarjeta puede proteger a su nuevo bebé de enfermedades graves.

Sinceramente,

Servicios de Salud Pública del Condado de San Joaquin  
Registro Servicio de Asistencia Técnica Equipo/Mostrador de Información  
[www.myhealthyfutures.org](http://www.myhealthyfutures.org)  
(209) 468-2292