



GARLAND
PUBLIC HEALTH

COVID-19 Vaccine Registration Form

I understand that the City of Garland Health Department complies with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“HIPAA”) Privacy Rule. I understand that the City of Garland Health Department maintains the privacy of the Patient’s information in accordance with federal and state laws.

Patient Information:

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Name: _____

Date of Birth: _____ Male: Female:

Address: _____ Apt. # _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Contact Phone Number: _____ Email: _____

Mother’s First Name

Mother’s Maiden Name

Eligibility:

- First Responder
- School or Childcare Employee
- Employee: Garland, Rowlett, Sachse
- Other

Race: (Please choose one)

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- White
- Unknown
- I do not wish to answer

Ethnicity: (Please choose one)

- Hispanic or Latino
- Not Hispanic or Latino
- I do not wish to answer

Clinical Use Only

Date	Vaccine	Lot No.	Site	1 st or 2 nd dose?

Date entered into Immtrac2: _____ Initials: _____



GARLAND
PUBLIC HEALTH

Formulario de Registro de Vacunación contra el Covid-19

Entiendo que el Departamento de Salud de la Ciudad de Garland cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") Regla de Privacidad. Entiendo que el Departamento de Salud de la Ciudad de Garland mantiene la privacidad de la información del Paciente de acuerdo con las leyes federales y estatales.

Información del Paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Masculino: Femenino:

Dirección: _____ Apt. # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Primer Nombre de la Madre

Apellido de Soltera de la Madre

Elegibilidad:

- Socorrista
- Escuela o empleado de cuidado de niños
- Empleado: Garland, Rowlett, Sachse
- Otro

Raza: (Por favor, elija uno)

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico
- Blanco o Americano
- Desconocido
- No quiero responder

Etnia: (Por favor, elija uno)

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino
- No quiero responder

Clinical Use Only

Date	Vaccine	Lot No.	Site	1 st or 2 nd dose?

Date entered into Immtrac2: _____ Initials: _____