



Name/Nombre \_\_\_\_\_ Sex/Sexo \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Vaccine Vacuna				DATE GIVEN Fecha Administrada			NAME OF DOCTOR AND/OR LHD STAMP Nombre y Dirección del Centro Médico	DATE NEXT DOSE DUE Fecha de la Próxima Dosis
DTaP	DT	DTP		Mo. Mes.	Day Día	Yr. Año.		
DTaP								
DT								
DTP								
1								
2								
3								
(Check box) (Marque el cuadro)								
4								
5								
	Hib	DTP-Hib						
Hib								
1								
DTP-Hib								
2								
3								
(Check box) (Marque el cuadro)								
4								
	IPV	OPV						
Polio								
1								
(Check box) (Marque el cuadro)								
2								
3								
4								
HBIG		1						
Hepatitis B		1						
HBV		2						
		3						
MMR		1						
		2						
Varicella Varicela		1						
		2						
PCV		1						
		2						
		3						
		4						
Hep A		1						
		2						
RV		1						
		2						
		3						