

Immunization Record

Comprobante De Inmunización



Name

Nombre

Birthdate

Fecha de nacimiento

Sex

Sexo

Allergies

Alergias

Vaccine Reactions

Reacciones a cualquier vacuna

Parents: Your child must meet California's immunization requirements to be enrolled in school and child care. Keep this Record as proof of immunization.

Padres: Su niño(a) debe cumplir con los requisitos de vacunación de California para poder inscribirse en la escuela y la guardería. Mantenga este comprobante como prueba de vacunación.

Providers: If using combination vaccines, remember to record dose in all appropriate spaces.

Vaccine Vacuna	Date Given Fecha de vacunación	Doctor Office Or Clinic Médico o clínica	Next Dose Due Próxima vacuna
COVID-19 (Coronavirus) <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> Other	1		
	2		

Vaccine Vacuna	Date Given Fecha de vacunación	Doctor Office Or Clinic Médico o clínica	Next Dose Due Próxima vacuna
Human Papillomavirus [Virus del papiloma humano]	1		
	2		
	3		
Meningococcal Conjugate (MenACWY/MCV4) [Meningocócica conjugada]	1		
	2		
Serogroup B Meningococcal (Men B) [Meningocócica del grupo B] <input type="checkbox"/> Bexsero® <input type="checkbox"/> Trumenba®	1		
	2		
	3		
Inactivated Influenza (live) [Inactivada contra la influenza]		<input type="checkbox"/> IIV <input type="checkbox"/> LAIV	
		<input type="checkbox"/> IIV <input type="checkbox"/> LAIV	
		<input type="checkbox"/> IIV <input type="checkbox"/> LAIV	
Nasal Spray Influenza (LAIV) [Intranasal viva contra la influenza]		<input type="checkbox"/> IIV <input type="checkbox"/> LAIV	
		<input type="checkbox"/> IIV <input type="checkbox"/> LAIV	
		<input type="checkbox"/> Mom <input type="checkbox"/> Infant	
Respiratory Syncytial Virus (RSV) [Virus respiratorio sincitial]		<input type="checkbox"/> Mom <input type="checkbox"/> Infant	

TB Tests/Risk Assessment Pruebas de TB/Evaluación de riesgos	Date Given/Collected Fecha de administración/ Datos recopilados	PPD or IRGA Minus Nil Result Component 1 (MM or IU/MI or Spots) PPD o IGRA menos nil resultado 1	IRGA Minus Nil Result Component 2 (IU/MI or Spots) IRGA menos nil resultado 2	Interpretation Interpretación	Doctor Office Or Clinic Médico o clínica

Vaccine Vacuna	Date Given Fecha de vacunación	Doctor Office Or Clinic Médico o clínica	Next Dose Due Próxima vacuna
Hepatitis B	1		
	2		
	3		
Rotavirus (RV)	1		
	2		
	3		
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (Whooping Cough) (DTaP/Tdap) [Difteria, tétanos y tos ferina]	1	<input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> DT/Td	
	2	<input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> DT/Td	
	3	<input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> DT/Td	
	4	<input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> DT/Td	
	5	<input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> DT/Td	
	6	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td	
Haemophilus Influenzae Type B (Hib)	1		
	2		
	3		
	4		

Name:

Birthdate:

Vaccine Vacuna	Date Given Fecha De Vacunación	Doctor Office Or Clinic Médico O Clínica	Next Dose Due Próxima Vacuna
Pneumococcal Conjugate (PCV) [Neumocócica conjugada]	1	<input type="checkbox"/> PCV13 <input type="checkbox"/> PCV15 <input type="checkbox"/> PCV20 <input type="checkbox"/> PPSV23	
	2	<input type="checkbox"/> PCV13 <input type="checkbox"/> PCV15 <input type="checkbox"/> PCV20 <input type="checkbox"/> PPSV23	
Pneumococcal Polysaccharide (PPSV23) [Neumocócica polisacárida]	3	<input type="checkbox"/> PCV13 <input type="checkbox"/> PCV15 <input type="checkbox"/> PCV20 <input type="checkbox"/> PPSV23	
	4	<input type="checkbox"/> PCV13 <input type="checkbox"/> PCV15 <input type="checkbox"/> PCV20 <input type="checkbox"/> PPSV23	
Inactivated Polio (IPV) [Inactivada contra la polio]	1	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	
	2	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	
Oral Polio (OPV) [Oral contra la polio]	3	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	
	4	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	
Measles, Mumps, Rubella (MMR) [Sarampión, paperas y rubéola (sarampión alemán)]	1		
	2		
Varicella (Chickenpox) [Varicela]	1		
	2		
Hepatitis A	1		
	2		

Sex: