

We will **IMMUNIZE** your child
even if you are unable
to pay our fees.

IMMUNIZATION RECORD
Comprobante de Inmunización

Name
nombre

Birthdate
fecha de nacimiento

Allergies
alergias

Vaccine Reactions
reacciones a la vacuna

RETAIN THIS DOCUMENT — CONSERVE ESTE DOCUMENTO



A ninguna persona se le
negarán las **VACUNAS** si
no tiene manera de pagarlas.