

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"/> Janssen <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 PAPILOMAVIRUS [virus del papiloma humano] Gardasil®9 (HPV9) Gardasil® (HPV4) Cervarix® (HPV2)	1	<input type="checkbox"/> HPV9 <input type="checkbox"/> HPV4 <input type="checkbox"/> HPV2	
	2	<input type="checkbox"/> HPV9 <input type="checkbox"/> HPV4 <input type="checkbox"/> HPV2	
	3	<input type="checkbox"/> HPV9 <input type="checkbox"/> HPV4 <input type="checkbox"/> HPV2	
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		
TRIVALENT INACTIVATED INFLUENZA (IIV3) [trivalente inactivada contra la influenza]		<input type="checkbox"/> IIV3 <input type="checkbox"/> IIV4 <input type="checkbox"/> LAIV	
		<input type="checkbox"/> IIV3 <input type="checkbox"/> IIV4 <input type="checkbox"/> LAIV	
QUADRIVALENT INACTIVATED INFLUENZA (IIV4) [cuadrivalente inactivada contra la influenza]		<input type="checkbox"/> IIV3 <input type="checkbox"/> IIV4 <input type="checkbox"/> LAIV	
		<input type="checkbox"/> IIV3 <input type="checkbox"/> IIV4 <input type="checkbox"/> LAIV	
NASAL SPRAY INFLUENZA (LAIV) [intranasal viva contra la influenza]		<input type="checkbox"/> IIV3 <input type="checkbox"/> IIV4 <input type="checkbox"/> LAIV	
		<input type="checkbox"/> IIV3 <input type="checkbox"/> IIV4 <input type="checkbox"/> LAIV	

TB TESTS/RISK ASSESSMENT pruebas de TB/ evaluación de riesgos	DATE GIVEN/ COLLECTED fecha de administración/ datos recopilados	PPD OR IGRA MINUS NIL RESULT COMPONENT 1 (MM OR IU/ML OR SPOTS) PPD o IGRA menos Nil resultado 1	IGRA MINUS NIL RESULT COMPONENT 2 (IU/ML OR SPOTS) IGRA 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	
		<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/PCV13) [neumocócica conjugada]	1	<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PCV13 <input type="checkbox"/> PPSV23	
	2	<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PCV13 <input type="checkbox"/> PPSV23	
	3	<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PCV13 <input type="checkbox"/> PPSV23	
	4	<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PCV13 <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: