

Influenza Vaccination Record

Provider:
(name,
address,
phone)

Full name /
Nombre
completo:

Date of birth / Fecha de nacimiento:

__/__/__
m m / d d / y y / a a

Attention! / Atención!

Keep this Vaccination Record for at least 1 year after your last vaccination. /
Conserve este registro de vacunación hasta por lo menos 1 año después de
recibir la última vacuna.

What if I think I am having a reaction to a vaccination?

- Contact your doctor or your local health department if you don't have a doctor
- Tell your doctor what happened
- Show your doctor this Vaccination Record
- You or your doctor should report the reaction to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) at 1-800-822-7967 or <http://vaers.hhs.gov>

¿Qué hago si creo que tengo una reacción a la vacuna?

- Contáctese a su médico o al departamento de salud local si no tiene un médico personal
- Infórmele a su médico la reacción que tuvo
- Muestrele al médico este registro de vacunación

• Usted o el médico debe reportar la reacción al Sistema de Notificación de Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) al 1-800-822-7967 o <http://vaers.hhs.gov>

Influenza Vaccination Information

| Vaccine | Dose | Lot Number | Manufacturer | Date |
|-----------------------------------|-----------------|------------|--------------|-----------------------------|
| 2009 H1N1 Adjuvant | 1 st | | | __ / __ / __ m m d d y y |
| 2009 H1N1 Adjuvant | 2 nd | | | __ / __ / __ m m d d y y |
| 2009– 2010 Seasonal | 1 st | | | __ / __ / __ m m d d y y |
| | 2 nd | | | __ / __ / __ m m d d y y |

**Reminder! Return for a second dose! /
¡Recuerde! ¡Regrese por la segunda dosis!**

2009 H1N1 influenza vaccine

Vacuna contra la influenza H1N1 2009

Date/Fecha: __ / __ / __
m m d d y y / a a

2009–2010 seasonal influenza vaccine Date/Fecha: __ / __ / __
m m d d y y / a a
Vacuna contra la influenza estacional 2009–2010



CENTERS FOR DISEASE
CONTROL AND PREVENTION