

Zoster (shingles)		
Date Given	Product*	Physician/Clinic

Other Vaccines			
Vaccine	Date Given	Physician/Clinic	Next Due Date

Tuberculosis (TB) Test			
Date Given	Physician/Clinic	TST or QFT-G	Results

Influenza (nasal spray or injectable)			
Date Given	Product*	Physician/Clinic	Next Due Date

### Más información

**Departamento de Salud del estado de Washington**  
 Información sobre vacunas y requisitos escolares:

- [doh.wa.gov/Inmunizacion](http://doh.wa.gov/Inmunizacion)

**Folleto gratuito: Hablemos sin rodeos sobre las vacunas para niños.**

- Descargar en: [bit.ly/PlaintalkSp](http://bit.ly/PlaintalkSp)
- Pedir en: [immunematerials@doh.wa.gov](mailto:immunematerials@doh.wa.gov)

**Información sobre las vacunas y visitas de control del niño:**

- Child Profile: [miramecrecerwa.org](http://miramecrecerwa.org)

**Recursos financieros y de la salud para su familia:**

- Línea de Help Me Grow Washington: 1-800-322-2588

**Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades**

- [cdc.gov/Spanish](http://cdc.gov/Spanish)
- Tel: 1-800-232-4636 | TTY: 1-888-232-6348

**Verifique con su médico o clínica que las vacunas en este registro también están en el Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.** Su registro de vacunación puede ser necesario para ingresar a la guardería, escuela, campamentos, universidad, servicio militar, empleo, cuidado a largo plazo o ir de viaje.

**Para tener acceso en línea a los registros oficiales de vacunación de usted y de su familia, regístrese en [wa.myir.net](http://wa.myir.net).** Hable con su médico o clínica si tiene preguntas sobre vacunas o visite el sitio web del Departamento de Salud del estado en: [doh.wa.gov/inmunizacion](http://doh.wa.gov/inmunizacion).

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición pueden llamar al 711 (Servicio Relay de Washington) o enviar un email a [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov).

©2022 by Mirame Crecer Washington 325-0212S DOH 348-001 February 2022

# Registro de vacunación



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Alergias/Reacciones a las vacunas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Lleve este registro a cada visita con el médico o la enfermera y solicite una firma o sello de la clínica.**

