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

- *doh.wa.gov/es/you-and-your-family/inmunizacion*

Información sobre requisitos escolares:

- *doh.wa.gov/regresoaclasesvacunados*

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

- Descargar en: *bit.ly/PlaintalkSp*
- Pedir en: *immunematerials@doh.wa.gov*

Información sobre las vacunas y visitas de control del niño:

- Mírame Crecer Washington: *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*
- 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 accesar en línea a los registros oficiales de vacunación de usted y de su familia, regístrese en *myirmobile.com*

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/es/you-and-your-family/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

©2023 Mírame Crecer Washington 325-0212S DOH 348-001 Octubre 2023

Registro de vacunación vitalicio

THE SEAL OF THE STATE OF WASHINGTON 1889

Nombre:____________________

Fecha de nacimiento:____________________

Alergias/Reacciones a las vacunas:____________________

Washington State Department of HEALTH

WASHINGTON STATE IMMUNIZATION INFORMATION SYSTEM

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

Hepatitis B Immune Globulin (HBIG)

Date Given	Hospital/Physician/Clinic

Hepatitis B (HepB) Use lines on back under Other Vaccines if needed.

Dose #	Date Given	Product*	Physician/Clinic	Next Due Date
1				
2				
3				

Rotavirus (RV)

Dose #	Date Given	Product*	Physician/Clinic	Next Due Date
1				
2				
3				

Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP, DT)

Dose #	Date Given	DTaP	DT	Physician/Clinic	Next Due Date
1					
2					
3					
4					
5					

Haemophilus influenzae type b (Hib)

Dose #	Date Given	Product*	Physician/Clinic	Next Due Date
1				
2				
3				
4				

Pneumococcal (PCV, PPSV)

Dose #	Date Given	PCV	PPSV	Physician/Clinic	Next Due Date
1					
2					
3					
4					

Polio (IPV, OPV)

Dose #	Date Given	IPV	OPV	Physician/Clinic	Next Due Date
1					
2					
3					
4					

Measles, Mumps, Rubella (MMR)

Dose #	Date Given	Product*	Physician/Clinic	Next Due Date
1				
2				

Chickenpox (Varicella)

Dose #	Date Given	Product*	Physician/Clinic	Next Due Date
1				
2				

o Date of chickenpox infection_____

o Provider signature_____

Hepatitis A (HepA)

Dose #	Date Given	Product*	Physician/Clinic	Next Due Date
1				
2				

*Use the Product column to write the name of the vaccine. Record combination vaccines in the section for each individual component. For example, record each component of the Pediarix vaccine: HepB, DTaP, and IPV. **If you need more room to record vaccine doses, use the lines on the back under the Other Vaccines section.**

Meningococcal

Dose #	Date Given	MenACWY	MenB	Physician/Clinic	Next Due Date
1					
2					
3					

Human Papillomavirus (HPV)

Dose #	Date Given	Product*	Physician/Clinic	Next Due Date
1				
2				
3				

Tetanus, Diphtheria, Pertussis Booster (Tdap,Td)

Date Given	Tdap	Td	Physician/Clinic	Next Due Date