Herpes Zóster/Culebrilla (Shingles)

Date Given	Product	Physician/Clinic

Otras vacunas (Other Vaccines)

Date Given	Product	Physician/Clinic	Next Due Date

Prueba de 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

COVID-19

Date Given	Product	Physician/Clinic	Next Due Date

VSR (RSV)

Date Given	Antibody	Vaccine	Physician/Clinic	Next Due Date

Más información

Departamento de Salud del estao de Washington

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

Informacion sobre requisitos escolares:

- *doh.wa.gov/regresoaclasesvacunados*

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

- Descargar digital en: *bit.ly/PlaintalkSp*
- Para pedir el folleto escriba a: *immunematerials@doh.wa.gov*

Información sobre las vacunas y visitas de control del niño:

- Mirame 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*
- Phone: 1-800-232-4636 | TTY: 1-888-232-6348

Verifique con su médico o clinica que las vacunas en este registro también están en el Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington(WAIIS). Este registro de vacunación puede ser necesario para ingresar a la guarderia, 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, registrese en *myirmobile.com.* Hable con su médico o clínica tiene preguntas sobre vacunas o visite el sitio web del Departamento de Salud de 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 deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico ah doh.information@doh.wa.gov.

DOH 348-001 Enero 2024

Registro de vacunación vitalicio

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 clinica.

Inmunoglobulina de la hepatitis B (HBIG)

Date Given	Physician/Clinic

Hepatitis B (HepB)

Dose	Date	Product	Physician/Clinic	Next Due Date
1				
2				
3				

Rotavirus (RV)

Dose	Date	Product	Physician/Clinic	Next Due Date
1				
2				
3				

Neumococo (PCV, PPSV)

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

Haemophilus Influenzae tipo B (Hib)

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

Difteria, Tétanos, Pertussis (DTaP, DT)

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

Polio (IPV, OPV)

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

Measles, Mumps, Rubella (MMR)

Dose	Date	Product	Physician/Clinic	Next Due Date
1				
2				

Varicela (Chickenpox/Varicella)

Dose	Date	Product	Physician/Clinic	Next Due Date
1				
2				

Fecha de la infección por varicela (Chickenpox Infection Date):

Provider Signature:

Hepatitis A (HepA)

Dose	Date	Product	Physician/Clinic	Next Due Date
1				
2				

Note: 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 in the HepB, DTaP, and IPV sections. **If you need more room for vaccine doses, use the lines available on the Other Vaccines section.**

Meningocócica (MenACWY, MenB)

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

Virus del papiloma humano (HPV)

Dose	Date	Product	Physician/Clinic	Next Due Date
1				
2				
3				

Tétanos, Difteria, Pertussis (Tdap, Td)

Date	Tdap	Td	Physician/Clinic	Next Due Date