

Reminder! Return for a second dose!

¡Recordatorio! ¡Regrese para la segunda dosis!

4:40p

Vaccine	Date / Fecha
COVID-19 vaccine Vacuna contra el COVID-19	<u>5</u> / <u>21</u> / <u>21</u> mm dd yy
Other Otra	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mm dd yy

Bring this vaccination record to every vaccination or medical visit. Check with your health care provider to make sure you are not missing any doses of routinely recommended vaccines.

For more information about COVID-19 and COVID-19 vaccine, visit [cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html).

You can report possible adverse reactions following COVID-19 vaccination to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) at vaers.hhs.gov.

Lleve este registro de vacunación a cada cita médica o de vacunación. Consulte con su proveedor de atención médica para asegurarse de que no le falte ninguna dosis de las vacunas recomendadas.

Para obtener más información sobre el COVID-19 y la vacuna contra el COVID-19, visite espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html.

Puede notificar las posibles reacciones adversas después de la vacunación contra el COVID-19 al Sistema de Notificación de Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) en vaers.hhs.gov.

COVID-19 Vaccination Record Card



Please keep this record card, which includes medical information about the vaccines you have received.

Por favor, guarde esta tarjeta de registro, que incluye información médica sobre las vacunas que ha recibido.

SOSA

Last Name

JUAN

First Name

C

MI

06/04/1969

Date of birth

Patient number (medical record or IIS record number)

Vaccine	Product Name/Manufacturer	Date	Healthcare Professional or Clinic Site
	Lot Number		
1 st Dose COVID-19	Pfizer EW0171	4/30/21 mm dd yy	SBC-DPH
2 nd Dose COVID-19	Pfizer EW0170	05/21/21 mm dd yy	SBC-DPH
Other	Moderna	03/15/22 mm dd yy	D37 MZIA.
Other		____/____/____ mm dd yy	