

Name / Nombre: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

| Date / Fecha | Vaccine / Vacuna | Validation / Validación | Next Dose / Próxima Dosis |
|--------------|---|-------------------------|---------------------------|
| | Hepatitis B | | |
| | Hepatitis B | | |
| | Hepatitis B | | |
| | DTaP/DT/DTP/Td/Tdap | | |
| | DTaP/DT/DTP/Td/Tdap | | |
| | DTaP/DT/DTP/Td/Tdap | | |
| | DTaP/DT/DTP/Td/Tdap | | |
| | DTaP/DT/DTP/Td/Tdap | | |
| | DTaP/DT/DTP/Td/Tdap | | |
| | Hib | | |
| | Hib | | |
| | Hib | | |
| | Hib | | |
| | PCV | | |
| | PCV | | |
| | PCV | | |
| | PCV | | |
| | IPV/OPV | | |
| | IPV/OPV | | |
| | IPV/OPV | | |
| | IPV/OPV | | |
| | RV | | |
| | RV | | |
| | RV | | |
| | MMR | | |
| | MMR | | |
| | Measles | | |
| | Varicella (Chickenpox) | | |
| | Varicella (Chickenpox) | | |
| | Varicella History/Date of Varicella Disease | | |
| | MCV4/MPSV4 | | |
| | MCV4/MPSV4 | | |
| | MCV4/MPSV4 | | |
| | Hepatitis A | | |
| | Hepatitis A | | |
| | HPV | | |
| | HPV | | |
| | HPV | | |
| | PPSV | | |
| | Influenza | | |
| | Influenza | | |
| | MenB | | |
| | MenB | | |

| | | | | | |
|---------|-----------|---------|---------|-----------|---------|
| TB Test | Date Read | Results | TB Test | Date Read | Results |
| TB Test | Date Read | Results | TB Test | Date Read | Results |



Immunization Record (Registro de Inmunizaciones)

Name (Nombre): _____
Last (Apellido)
First (Nombre)
Middle Initial (Inicial)

_____ _____
 Date of Birth (Fecha de Nacimiento) Sex (Sexo)

 Address (Dirección)

 City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código Postal)

Bring this record each time you come to the clinic. Keep this record. An immunization record is required to enroll in childcare, school, most colleges, and or some jobs. This Immunization Schedule is recommended by the Texas Department of State Health Services. Your doctor may recommend a different schedule.

Traiga este registro cada vez que venga a la clínica. Guarde este registro. Se necesita para matricularse en una guardería infantil, la escuela, la mayoría de las universidades y para algunos empleos. Este calendario de vacunas es recomendado por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas. Su doctor puede recomendar otro calendario.

Privacy Notification - With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.tx.gov> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

Notificación Sobre Privacidad - Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.tx.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Privacy Notice: I acknowledge that I have received a copy of my immunization provider's HIPAA Privacy Notice.

Aviso sobre derechos de la vida privada: Yo admito haber recibido una copia del Aviso Sobre Derechos de la Vida Privada (HIPAA).

| AGE / EDAD | VACCINE / VACUNA |
|------------------------|--|
| Birth / Al nacer | HepB |
| 2 months / meses | HepB, DTaP, Hib, IPV, PCV, RV |
| 4 months / meses | DTaP, Hib, IPV, PCV, RV |
| 6 months / meses | HepB, DTaP, Hib, IPV, PCV, RV, Influenza |
| 12 months / meses | Hib, PCV, Varicella, MMR, HepA |
| 15 - 18 months / meses | DTaP |
| 18 months / meses | HepA |
| 4 - 6 years / años | DTaP, IPV, MMR, Varicella |
| 11 - 12 years / años | Tdap, MCV4, HPV |
| 16 years / años | MCV4 |

1st Clinic Name:
 (Nombre de la Clínica):

Clinic Phone Number:
 (Teléfono de la Clínica):

2nd Clinic Name:
 (Nombre de la Clínica):

3rd Clinic Name:
 (Nombre de la Clínica):

Clinic Phone Number:
 (Teléfono de la Clínica): _____

Clinic Phone Number:
 (Teléfono de la Clínica): _____