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 for some jobs. This Immunization Schedule is recommended by the Texas Department of State Health Services. Your doctor may recommend a different schedule.

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.state.tx.us for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

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

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.

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.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

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

DTaP - Diphtheria, tetanus, and acellular pertussis
Hep A - Hepatitis A
Hep B - Hepatitis B
Hib - *Haemophilus influenzae* type b
MMR - Measles, mumps, and rubella
Varicella - Chickenpox
PCV - Pneumococcal conjugate
Tdap - Tetanus, diphtheria, and acellular pertussis
IPV - Inactivated Poliovirus
RV - Rotavirus
Influenza - "Flu" annually beginning at 6 months of age
MCV4 - Meningococcal vaccine
HPV - Human Papillomavirus

DTaP - Difteria, tétanos y pertusis acelular
Hep A - Hepatitis A
Hep B - Hepatitis B
Hib - *Haemophilus influenzae* tipo b
MMR - Sarampión, paperas y rubéola
Varicella - Varicela o viruela loca
PCV - Neumocócica conjugada
Tdap - Tétanos, difteria y pertusis acelular
IPV - Antipoliomielítica inactivada
RV - Rotavirus
Influenza - "Gripe" anualmente empezando a los 6 meses de edad
MCV4 - Meningocócica
HPV - Papiloma humano

Clinic Name (Nombre de la Clínica) _____

Clinic Phone Number (Teléfono de la Clínica) _____

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 (Sarampión)		
	Varicella (Chickenpox)		
	Varicella (Chickenpox)		
	Varicella History/Date of Varicella Disease		
	MCV4		
	MPSV4		
	Hepatitis A		
	Hepatitis A		
	HPV		
	HPV		
	HPV		
	PPSV		
	Influenza		
	Influenza		

(circle one)

(circle one)

TB Test	Date Read	Results	TB Test	Date Read	Results
TB Test	Date Read	Results	TB Test	Date Read	Results
TB Test	Date Read	Results	TB Test	Date Read	Results