

Vaccine <i>Vacuna</i>	Date Given <i>Dada en la Fecha</i>	Doctor or Clinic <i>Doctor o Clínica</i>	Due <i>Próxima Vacuna</i>
Other			
Other			
Other			
Other			

Tuberculin Test <i>Tests de Tuberculina</i>	Date <i>Fecha</i>	/	/	Results <i>Resultados</i>
		/	/	

Allergies and other health problems:
Problemas, Alergias

Name: _____

Vaccine <i>Vacuna</i>	Date Given <i>Dada en la Fecha</i>	Doctor or Clinic <i>Doctor o Clínica</i>	Due <i>Próxima Vacuna</i>
Hep B 1	5-12-02		Birth-2 mos
Hep B 2	6-26-02		1-4 mos
Hep B 3	2-19-03		6-18 mos
Hib 1	7-31-02		2 mos
Hib 2	9-30-02		4 mos
Hib 3	11-21-02		6 mos
Hib 4			12-15 mos
IPV/OPV 1	7-31-02		2 mos
IPV/OPV 2	9-30-02		4 mos
IPV/OPV 3			6-18 mos
IPV/OPV 4			4-6 yrs
Pneumo 1	7-31-02		2 mos
Pneumo 2	9-30-02		4 mos
Pneumo 3	11-21-02		6 mos
Pneumo 4			12-15 mos
DTaP/DIP/DT 1	7-31-02		2 mos
DTaP/DIP/DT 2	9-30-02		4 mos
DTaP/DIP/DT 3	11-21-02		6 mos
DTaP/DIP/DT 4			15-18 mos
DTaP/DIP/DT 5			4-6 yrs
Td 1			11-16 yrs
Td 2			every 10 yrs
MMR 1	5-19-03		12-15 mos
MMR 2			4-6 yrs
Varicella	5-19-03		12-18 mos

Health Passport • Pasaporte de Salud

Name *Nombre* Joaquin Tellez

Date of Birth *Fecha de Nacimiento* _____

Social Security Number *Numero de Social Seguridad* _____