Historial de Inmunización

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento:_____

Ponga la fecha en que la vacuna fue recibida en los espacios abajo o anexe una copia de la historia de inmunización. La ley G.S. 130ª-155(b) requiere que todas las guarderías tengan esta información.

Ponga la fecha de cada dosis- Mes/Día/Año

Vacuna	#1	#2	#3	#4	#5
*DTP/DT (marque una)					
*Polio					
**Hib					
***Hepatitis B					
*MMR (dosis combinadas)					
****Varicela					
OTRO					
OTRO					

*Requerida por ley del estado.
**Requerida por ley del estado para niños que nacieron el ó después de 10/1/88.
***Requerida por ley del estado para niños que nacieron el ó después de 7/1/94.
****Requerida por ley del estado para niños que nacieron el ó después de 4/1/01.

Información puesta al día por:	Fecha puesta al día: