
Patient ID number

Patient Name

INFORMACION PARA VACUNAS

Yo voy a leer o alguien me van a leer la informacion de las vacunas abajo. Me dieron la informacion de las vacunas. Yo puedo preguntar preguntas que me van adar la informacion necesario. Yo entiendo los riesdo Y los beneficios de las vacunas que etan markada abajo. Le doy permiso de usar mi informacion con otros departamentos y instituciones que es necesario. Esto es la ley.

Vaccine	VIS Sheet	VIS Date	Vaccine	VIS Sheet	VIS Date	Vaccine	VIS Sheet	VIS Date
<input type="checkbox"/> IPV	EPID-234	_____	<input type="checkbox"/> Varicella	EPID-245	_____	<input type="checkbox"/> Tdap	EPID-252	_____
<input type="checkbox"/> MMR	EPID-237	_____	<input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> DTaP	EPID-246	_____	<input type="checkbox"/> Rotavirus	EPID-253	_____
<input type="checkbox"/> Influenza	EPID-239A	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	EPID-247	_____	<input type="checkbox"/> HPV	EPID-254	_____
<input type="checkbox"/> Influenza (LIVE)	EPID-239B	_____	<input type="checkbox"/> PCV7	EPID-248	_____	<input type="checkbox"/> Shingles	EPID-255	_____
<input type="checkbox"/> Hib	EPID-242	_____	<input type="checkbox"/> PPV23	EPID-248A	_____	<input type="checkbox"/> Other (specify)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	EPID-243	_____	<input type="checkbox"/> Meningococcal	EPID-249	_____			
<input type="checkbox"/> Td	EPID-244	_____	<input type="checkbox"/> Yellow Fever	EPID-251	_____			

Signatura de Paciente o persona legal

Date

Yo voy a leer o alguien me van a leer la informacion de las vacunas abajo. Me dieron la informacion de las vacunas. Yo puedo preguntar preguntas que me van adar la informacion necesario. Yo entiendo los riesdo Y los beneficios de las vacunas que etan markada abajo. Le doy permiso de usar mi informacion con otros departamentos y instituciones que es necesario. Esto es la ley.

Vaccine	VIS Sheet	VIS Date	Vaccine	VIS Sheet	VIS Date	Vaccine	VIS Sheet	VIS Date
<input type="checkbox"/> IPV	EPID-234	_____	<input type="checkbox"/> Varicella	EPID-245	_____	<input type="checkbox"/> Tdap	EPID-252	_____
<input type="checkbox"/> MMR	EPID-237	_____	<input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> DTaP	EPID-246	_____	<input type="checkbox"/> Rotavirus	EPID-253	_____
<input type="checkbox"/> Influenza	EPID-239A	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	EPID-247	_____	<input type="checkbox"/> HPV	EPID-254	_____
<input type="checkbox"/> Influenza (LIVE)	EPID-239B	_____	<input type="checkbox"/> PCV7	EPID-248	_____	<input type="checkbox"/> Shingles	EPID-255	_____
<input type="checkbox"/> Hib	EPID-242	_____	<input type="checkbox"/> PPV23	EPID-248A	_____	<input type="checkbox"/> Other (specify)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	EPID-243	_____	<input type="checkbox"/> Meningococcal	EPID-249	_____			
<input type="checkbox"/> Td	EPID-244	_____	<input type="checkbox"/> Yellow Fever	EPID-251	_____			

Signatura de Paciente o persona legal

Date

Yo voy a leer o alguien me van a leer la informacion de las vacunas abajo. Me dieron la informacion de las vacunas. Yo puedo preguntar preguntas que me van adar la informacion necesario. Yo entiendo los riesdo Y los beneficios de las vacunas que etan markada abajo. Le doy permiso de usar mi informacion con otros departamentos y instituciones que es necesario. Esto es la ley.

Vaccine	VIS Sheet	VIS Date	Vaccine	VIS Sheet	VIS Date	Vaccine	VIS Sheet	VIS Date
<input type="checkbox"/> IPV	EPID-234	_____	<input type="checkbox"/> Varicella	EPID-245	_____	<input type="checkbox"/> Tdap	EPID-252	_____
<input type="checkbox"/> MMR	EPID-237	_____	<input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> DTaP	EPID-246	_____	<input type="checkbox"/> Rotavirus	EPID-253	_____
<input type="checkbox"/> Influenza	EPID-239A	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	EPID-247	_____	<input type="checkbox"/> HPV	EPID-254	_____
<input type="checkbox"/> Influenza (LIVE)	EPID-239B	_____	<input type="checkbox"/> PCV7	EPID-248	_____	<input type="checkbox"/> Shingles	EPID-255	_____
<input type="checkbox"/> Hib	EPID-242	_____	<input type="checkbox"/> PPV23	EPID-248A	_____	<input type="checkbox"/> Other (specify)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	EPID-243	_____	<input type="checkbox"/> Meningococcal	EPID-249	_____			
<input type="checkbox"/> Td	EPID-244	_____	<input type="checkbox"/> Yellow Fever	EPID-251	_____			

Signatura de Paciente o persona legal

Date