Bring this vaccination record to every vaccination or medical visit. Check with your health care provider to make sure you are not missing any doses of routinely recommended vaccines.

For more information about COVID-19 and COVID-19 vaccine, visit **cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html.**

You can report possible adverse reactions following COVID-19 vaccination to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) at **vaers.hhs.gov.**

Lleve este registro de vacunación a cada cita médica o de vacunación. Consulte con su proveedor de atención médica para asegurarse de que no le falte ninguna dosis de las vacunas recomendadas.

Para obtener más información sobre el COVID-19 y la vacuna contra el COVID-19, visite **espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html.**

Puede notificar las posibles reacciones adversas después de la vacunación contra el COVID-19 al Sistema de Notificación de Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) en **vaers.hhs.gov.**

Vaccine	
COVID-19 vaccine Vacuna contra el COVID-19	Pfizer Dose #2 Recommended Between: 17-21 days after 1st dose Acceptable anytime 3-5 weeks after 1st dose
Other Otra	

mm / dd / yy

¡Recordatorio! ¡Regrese para la segunda dosis!

Reminder! Return for a second dose!

COVID-19 Vaccination Record Card

Please keep this record card, which includes medical information about the vaccines you have received.

Por favor, guarde esta tarjeta de registro, que incluye información médica sobre las vacunas que ha recibido.

DAMON KYLE W

Last Name First Name MI

5/17/1986

Date of birth Patient number *(medical record or IIS record number)*

Vaccine	Product Name/Manufacturer Lot Number	Date	Healthcare Professional or Clinic Site
1st Dose C		___/___/___ mm dd yy	
2 C		___/___/___ mm dd yy	
C		___ yy	
C		___ yy	

Date Vaccine Given: 04/03/2021
Pfizer COVID-19 Vaccine **0.3 mL**
Lot# ER8737 Exp: 7/31/2021

KYLE . DAMON
DoB:05/17/1986 Date:10/28/2021 loc:701-179
Prod:PFIZER COVID-19 VACCINE
Mfr:PFIZER Exp: 12/30/2021
Lot:FF2593 Qty:0.3ml NDC:59267-1000-02

09/03/20

MLS-319813-J

Bring this vaccination record to every vaccination or medical visit. Check with your health care provider to make sure you are not missing any doses of routinely recommended vaccines.

For more information about COVID-19 and COVID-19 vaccine, visit **cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html**.

You can report possible adverse reactions following COVID-19 vaccination to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) at **vaers.hhs.gov**.

Lleve este registro de vacunación a cada cita médica o de vacunación. Consulte con su proveedor de atención médica para asegurarse de que no le falte ninguna dosis de las vacunas recomendadas.

Para obtener más información sobre el COVID-19 y la vacuna contra el COVID-19, visite **espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html**.

Puede notificar las posibles reacciones adversas después de la vacunación contra el COVID-19 al Sistema de Notificación de Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) en **vaers.hhs.gov**.

Other Otra	mm / dd / yy
Pfizer Dose #2 Recommended Between: 17-21 days after 1st dose **Acceptable anytime 3-5 weeks after 1st dose**	mm / dd / yy
	Date / Fecha

Reminder! Return for a second dose!
¡Recordatorio! ¡Regrese para la segunda dosis!

COVID-19 Vaccination Record Card

Please keep this record card, which includes medical information about the vaccines you have received.

Por favor, guarde esta tarjeta de registro, que incluye información médica sobre las vacunas que ha recibido.

Damon — Last Name
Kyle — First Name
W — MI

05/17/1986 — Date of birth

Patient number *(medical record or IIS record number)*

Vaccine	Product Name/Manufacturer Lot Number	Date	Healthcare Professional or Clinic Site
1st Dose COVID-19			
2nd Dose COVID-19		mm dd yy	
Other		mm dd yy	
Other		mm dd yy	

Date Vaccine Given: 3/13/2021
Pfizer COVID-19 Vaccine **0.3 mL**
Lot# EN6208 Exp: 6/30/2021