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.

Nelson — Last Name
michael — First Name
MI

06-29-1987 — 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	Moderna 017E77A	08/23/21 mm dd yy	Walgreens
2nd Dose COVID-19	Moderna 045C24A	9/20/21 mm dd yy	Walgreens
Other		___/___/___ mm dd yy	
Other		___/___/___ mm dd yy	

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

Vaccine	Date / Fecha
COVID-19 vaccine Vacuna contra el COVID-19	_____/_____/_____ mm dd yy
Other Otra	_____/_____/_____ mm dd yy

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**.

09/03/20

MLS-319813_r