

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.

Richardson

Last Name

Riley

First Name

MI

Date of birth

10/5/1994

Patient number (medical record or IIS record number)

Vaccine	Product Name/Manufacturer	Date	Healthcare Professional or Clinic Site
	Lot Number		
1 st Dose COVID-19	Moderna 017721A	8/14/21 mm dd yy	RN 6455
2 nd Dose COVID-19	moderna 939893	9/18/21 mm dd yy	Rite Aid
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	9 / 11 / 21 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.