

Influenza Vaccination Record

Provider: (name, address, phone)	
Full name / Nombre completo:	

Date of birth / Fecha de nacimiento: / /

Attention! / Atención!
Keep this Vaccination Record for at least 1 year after your last vaccination. /
Conserve este registro de vacunación hasta por lo menos 1 año después de
recibir la última vacuna.

What if I think I am having a reaction to a vaccination?
• Contact your doctor or your local health department if you don't have a doctor
• Tell your doctor what happened
• Show your doctor this Vaccination Record
• You or your doctor should report the reaction to the Vaccine Adverse Event
Reporting System (VAERS) at 1-800-822-7967 or <http://vaers.hhs.gov>

¿Qué hago si creo que tengo una reacción a la vacuna?
• Contáctese a su médico o al departamento de salud local si no tiene un
médico personal
• Infórmele a su médico la reacción que tuvo
• Muestrele al médico este registro de vacunación
• Usted o el médico debe reportar la reacción al Sistema de Notificación de
Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) al 1-800-822-7967
o <http://vaers.hhs.gov>

Influenza Vaccination Record

Provider: (name, address, phone)	
Full name / Nombre completo:	

Date of birth / Fecha de nacimiento: / /

Attention! / Atención!
Keep this Vaccination Record for at least 1 year after your last vaccination. /
Conserve este registro de vacunación hasta por lo menos 1 año después de
recibir la última vacuna.

What if I think I am having a reaction to a vaccination?
• Contact your doctor or your local health department if you don't have a doctor
• Tell your doctor what happened
• Show your doctor this Vaccination Record
• You or your doctor should report the reaction to the Vaccine Adverse Event
Reporting System (VAERS) at 1-800-822-7967 or <http://vaers.hhs.gov>

¿Qué hago si creo que tengo una reacción a la vacuna?
• Contáctese a su médico o al departamento de salud local si no tiene un
médico personal
• Infórmele a su médico la reacción que tuvo
• Muestrele al médico este registro de vacunación
• Usted o el médico debe reportar la reacción al Sistema de Notificación de
Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) al 1-800-822-7967
o <http://vaers.hhs.gov>

Influenza Vaccination Record

Provider: (name, address, phone)	
Full name / Nombre completo:	

Date of birth / Fecha de nacimiento: / /

Attention! / Atención!
Keep this Vaccination Record for at least 1 year after your last vaccination. /
Conserve este registro de vacunación hasta por lo menos 1 año después de
recibir la última vacuna.

What if I think I am having a reaction to a vaccination?
• Contact your doctor or your local health department if you don't have a doctor
• Tell your doctor what happened
• Show your doctor this Vaccination Record
• You or your doctor should report the reaction to the Vaccine Adverse Event
Reporting System (VAERS) at 1-800-822-7967 or <http://vaers.hhs.gov>

¿Qué hago si creo que tengo una reacción a la vacuna?
• Contáctese a su médico o al departamento de salud local si no tiene un
médico personal
• Infórmele a su médico la reacción que tuvo
• Muestrele al médico este registro de vacunación
• Usted o el médico debe reportar la reacción al Sistema de Notificación de
Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) al 1-800-822-7967
o <http://vaers.hhs.gov>

Influenza Vaccination Record

Provider: (name, address, phone)	
Full name / Nombre completo:	

Date of birth / Fecha de nacimiento: / /

Attention! / Atención!
Keep this Vaccination Record for at least 1 year after your last vaccination. /
Conserve este registro de vacunación hasta por lo menos 1 año después de
recibir la última vacuna.

What if I think I am having a reaction to a vaccination?
• Contact your doctor or your local health department if you don't have a doctor
• Tell your doctor what happened
• Show your doctor this Vaccination Record
• You or your doctor should report the reaction to the Vaccine Adverse Event
Reporting System (VAERS) at 1-800-822-7967 or <http://vaers.hhs.gov>

¿Qué hago si creo que tengo una reacción a la vacuna?
• Contáctese a su médico o al departamento de salud local si no tiene un
médico personal
• Infórmele a su médico la reacción que tuvo
• Muestrele al médico este registro de vacunación
• Usted o el médico debe reportar la reacción al Sistema de Notificación de
Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) al 1-800-822-7967
o <http://vaers.hhs.gov>

Influenza Vaccination Record

Provider: (name, address, phone)	
Full name / Nombre completo:	

Date of birth / Fecha de nacimiento: / /

Attention! / Atención!
Keep this Vaccination Record for at least 1 year after your last vaccination. /
Conserve este registro de vacunación hasta por lo menos 1 año después de
recibir la última vacuna.

What if I think I am having a reaction to a vaccination?
• Contact your doctor or your local health department if you don't have a doctor
• Tell your doctor what happened
• Show your doctor this Vaccination Record
• You or your doctor should report the reaction to the Vaccine Adverse Event
Reporting System (VAERS) at 1-800-822-7967 or <http://vaers.hhs.gov>

¿Qué hago si creo que tengo una reacción a la vacuna?
• Contáctese a su médico o al departamento de salud local si no tiene un
médico personal
• Infórmele a su médico la reacción que tuvo
• Muestrele al médico este registro de vacunación
• Usted o el médico debe reportar la reacción al Sistema de Notificación de
Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) al 1-800-822-7967
o <http://vaers.hhs.gov>

¿Qué hago si creo que tengo una reacción a la vacuna?
• Contáctese a su médico o al departamento de salud local si no tiene un
médico personal
• Infórmele a su médico la reacción que tuvo
• Muestrele al médico este registro de vacunación
• Usted o el médico debe reportar la reacción al Sistema de Notificación de
Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) al 1-800-822-7967
o <http://vaers.hhs.gov>

Influenza Vaccination Record

Provider: (name, address, phone)	
Full name / Nombre completo:	

Date of birth / Fecha de nacimiento: / /

Attention! / Atención!
Keep this Vaccination Record for at least 1 year after your last vaccination. /
Conserve este registro de vacunación hasta por lo menos 1 año después de
recibir la última vacuna.

What if I think I am having a reaction to a vaccination?
• Contact your doctor or your local health department if you don't have a doctor
• Tell your doctor what happened
• Show your doctor this Vaccination Record
• You or your doctor should report the reaction to the Vaccine Adverse Event
Reporting System (VAERS) at 1-800-822-7967 or <http://vaers.hhs.gov>

¿Qué hago si creo que tengo una reacción a la vacuna?
• Contáctese a su médico o al departamento de salud local si no tiene un
médico personal
• Infórmele a su médico la reacción que tuvo
• Muestrele al médico este registro de vacunación
• Usted o el médico debe reportar la reacción al Sistema de Notificación de
Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) al 1-800-822-7967
o <http://vaers.hhs.gov>