

IMMUNIZATION RECORD CARD

Child's Name _____

Date of Birth _____ / _____ / _____

Age to Give Vaccine	Vaccine	Date	Place	Next Appt.
At birth	Hep B: 1st dose			
2 months	Hep B: 2nd dose			
	DTaP: 1st dose			
	Hib: 1st dose			
	IPV: 1st dose			
	PCV: 1st dose			
4 months	DTaP: 2nd dose			
	Hib: 2nd dose			
	IPV: 2nd dose			
	PCV: 2nd dose			
6 months	Hep B: 3rd dose			
	DTaP: 3rd dose			
	Hib: 3rd dose			
	IPV: 3rd dose			
	PCV: 3rd dose			
	Flu: once a year			
12 months	Hib: booster			
	PCV: 4th dose			
	MMR: 1st dose			
	Var: one dose			
15 months	DTaP: 4th dose			
24 months	Hep B: catch-up series ¹			
	Var: catch-up vaccination ¹			
	PCV: catch-up vaccination ¹			
	PPV: ²			
	Hep A: series ²			
4-6 years	DTaP: booster			
	IPV: booster			
	MMR: 2nd dose			
11-12 years	Td: given every 10 years			
	MMR: catch-up (2nd dose) ¹			
	Preadolescent assessment and catch-up vaccination ¹			
DTaP:	Diphtheria, Tetanus, Acellular Pertussis	Hib:	Haemophilus Influenzae type b	PCV: Pneumococcal Conjugate
Flu:	Influenza	IPV:	Polio	PPV: Pneumococcal Polysaccharide
Hep A:	Hepatitis A	MMR:	Measles, Mumps, Rubella	Td: Tetanus and Diphtheria
Hep B:	Hepatitis B			Var: Varicella

Ask your health care provider for specific immunization recommendations for your child.

¹This vaccine is necessary to catch up with missed vaccines. □

²This vaccine is recommended for use in selected states and regions, and for certain high-risk groups.

National Hispanic Prenatal Hotline 1(800) 504-7081 (English and Spanish)

CDC's National Immunization Information Hotline 1(800) 232-0233 (Spanish)

Su familia: National Hispanic Family Health Helpline 1(866) 783-2645 (English and Spanish)

Produced by the National Alliance for Hispanic Health under a cooperative agreement with the Centers for Disease Control and Prevention (CDC).



www.hispanichealth.org

TARJETA PARA ANOTAR LAS VACUNAS

Nombre del bebé _____

Fecha de nacimiento _____/_____/_____

Edad para dar la vacuna	Vacuna	Fecha	Lugar	Próxima Cita
Al nacer	Hep B: 1 ^a dosis			
2 meses	Hep B: 2 ^a dosis			
	DTaP: 1 ^a dosis			
	Hib: 1 ^a dosis			
	IPV: 1 ^a dosis			
	PCV: 1 ^a dosis			
4 meses	DTaP: 2 ^a dosis			
	Hib: 2 ^a dosis			
	IPV: 2 ^a dosis			
	PCV: 2 ^a dosis			
6 meses	Hep B: 3 ^a dosis			
	DTaP: 3 ^a dosis			
	Hib: 3 ^a dosis			
	IPV: 3 ^a dosis			
	PCV: 3 ^a dosis			
	Flu: una vez al año			
12 meses	Hib: dosis de refuerzo			
	PCV: 4 ^a dosis			
	MMR: 1 ^a dosis			
	Var: una dosis			
15 meses	DTaP: 4 ^a dosis			
24 meses	Hep B serie: si no se dio antes ¹			
	Var: si no se dio antes ¹			
	PCV: si no se dio antes ¹			
	PPV: ²			
	Hep A serie: ²			
4-6 años	DTaP: dosis de refuerzo			
	IPV: dosis de refuerzo			
	MMR: 2 ^a dosis			
11-12 años	Td: una dosis cada 10 años			
	MMR: si no se dio entre los 4 y 6 años			
	Examen médico al preadolescente y vacunas astrasadas			

DTaP: Difteria, tétanos, pertusis acelular
Flu: Influenza
Hep A: Hepatitis A

Hep B: Hepatitis B
Hib: Infección del hemófilo tipo b
IPV: Polio
MMR: Sarampión, paperas, rubéola

PCV: Neumocócica conjugada
PPV: Neumocócica polisacárida
Td: Tétanos y difteria
Var: Varicela

Consulte con su proveedor de salud para recomendaciones específicas sobre las vacunas que su niño necesita.

¹Esta vacuna es necesaria para ponerse al día si la vacuna no se dio durante la edad recomendada.

²Esta vacuna se recomienda en algunos estados y regiones y para ciertos grupos de personas en alto riesgo de contraer la enfermedades.

Línea Nacional Prenatal Hispana 1(800) 504-7081 (inglés y español)
Línea Nacional de Información sobre Vacunación del CDC 1(800) 232-0233 (español)
Su familia: National Hispanic Family Health Helpline 1 (866) 783-2645 (inglés y español)