

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
 Apellido Nombre Mes Día Año

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Vaccine	Date Given	Dose #	Mfg & Lot #	Site*	Route **	VIS Date	Administered by (Name/Title)
DTaP				LA RA LT RT	IM	5-17-07	
DT				LA RA LT RT	IM	5-17-07	
Td				LA RA LT RT	IM	6-10-94	
Tdap Adacel Boostrix				LA RA LT RT	IM	7-12-06	
IPV				LA RA LT RT	IM SQ	1-1-00	
HIB				LA RA LT RT	IM	12-16-98	
MMR				LA RA LT RT	SQ	1-15-03	
C-Pox				LA RA LT RT	SQ	1-10-07	
MMRV ProQuad				LA RA LT RT	SQ	1-15-03 1-10-07	
Hep A				LA RA LT RT	IM	3-21-06	
Hep B				LA RA LT RT	IM	7-18-07	
Hep A/Hep B Twinrix				LA RA LT RT	IM	3-21-06 7-18-07	
Meningococcal Menomune Menactra				LA RA LT RT LA RA LT RT	SQ IM	10-7-05 10-7-05	
PCV7				LA RA LT RT	IM	9-30-02	
DTaP/IPV/ Hep B Pediarix				LA RA LT RT	IM	5-17-07 1-1-00 7-18-07	
Pneumonia				LA RA LT RT	IM SQ	7-29-97	
Rabies				LA RA LT RT	IM	1-12-06	
Rotavirus				ORAL	PO	4/12/06	
Flu				LA RA LT RT	IM IN	7-24-08	
Shingles Zostavax				LA RA LT RT	SQ	9-11-06	
HPV Gardasil				LA RA LT RT	IM	2-2-07	
Smallpox				LA RA LT RT	ID		
Newborn Screening							
Multi- Vaccine VIS						1-30-08	

*Site: RA (Right Arm), LA (Left Arm), RT (Right Thigh), LT (Left Thigh) **Route: IM (Intramuscular), SQ (*Subcutaneous)

Record # _____ Return Date: _____ VIS Given _____
 Clerk _____ Clinician _____

Clinic Location: Main ELV NLV Hend Spring Valley _____

Reviewed by _____ RN / LPN Date: _____