

Name:  
 Nombre:

Vaccine <i>Vacuna</i>	Date Administered <i>Fecha Administrada</i>	Administered by <i>Administrado por</i>
Human Papilloma Virus (HPV)	1	
	2	
	3	
Meningococcal		
Influenza <i>(Flu, Gripe)</i>	1	
	2	
Herpes Zoster <i>(shingles)</i> Herpes Zóster <i>(culebrilla)</i>		
Other <i>(Otra)</i>		
Other <i>(Otra)</i>		
Other <i>(Otra)</i>		

Allergies and other health problems: *Problemas, Alergias:*

**Pennsylvania Immunization Card**  
**Historial de Vacunas de Pennsylvania**

Name \_\_\_\_\_  
 Nombre

Date of Birth \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento



Name:

Nombre:

Vaccine <i>Vacuna</i>	Date Administered <i>Fecha Administrada</i>	Administered by <i>Administrado por</i>
<b>Hepatitis B</b>	1	
	2	
	3	
<b>Hepatitis A</b>	1	
	2	
<b>DTaP/DTP/DT</b> (Diphtheria, Tetanus, Pertussis) ( <i>Difteria, Tétanos,</i> <i>Pertussis</i> )	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
<b>Tdap</b>	1	
<b>Td</b>	1	
<b>IPV / OPV</b> (Polio)	1	
	2	
	3	
	4	
<b>Hib</b> ( <i>Haemophilus</i> <i>Influenzae</i> type B) ( <i>Haemophilus</i> <i>Influenzae</i> tipo B)	1	
	2	
	3	
	4	
<b>Pneumococcal Conjugate</b> ( <i>Neumococo</i> <i>Conjugado</i> )	1	
	2	
	3	
	4	
<b>Pneumococcal Polysaccharide</b> ( <i>Polisacarido</i> )	1	
	2	
<b>Rotavirus</b>	1	
	2	
	3	
<b>MMR</b> (Measles, Mumps, Rubella) ( <i>Sarampión, Paperas,</i> <i>Rubéola</i> )	1	
	2	
<b>Varicella</b> (chickenpox) ( <i>Varicela</i> )	1	
	2	