

¿Qué hago si creo que tengo una reacción a la vacuna?

- Contacte a su médico o al departamento de salud local si no tiene un médico personal
- Informe a su médico la reacción que tuvo
- Muestre 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>

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?

Influenza Vaccination Record

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

[illegible]

¿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
- Informe a su médico la reacción que tuvo
- Muestre 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>

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?

Influenza Vaccination Record

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

[illegible]

¿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>

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.

Influenza Vaccination Record

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

[illegible]

¿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>

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?

Influenza Vaccination Record

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

Date of birth / Fecha de nacimiento: / /
 mm dd yy/a a

¿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>

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.

Influenza Vaccination Record

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

Date of birth / Fecha de nacimiento: / /

m m d d y y / a a

¿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>

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?

Influenza Vaccination Record

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

[illegible]