



# Tarjeta de inmunización

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nefrólogo: \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Estar al día con su calendario de vacunación puede ayudarle a mantenerse saludable y fuera del hospital. Utilice esta tarjeta de inmunización para llevar un seguimiento de sus vacunas y programar futuras vacunaciones.

	Tipo de vacuna	Fecha de administración	Dosis	Proveedor médico/clínica	Fecha de la siguiente dosis		
<b>Influenza (gripe)</b> (1 al año)							
<b>Hepatitis B</b> (3 dosis)							
<b>Antineumocócica</b> (PCV13, PCV15, PCV20, PPSV23)	PCV13						
	PCV15						
	PCV20						
	PPSV23						
<b>Herpes zóster</b> (2 dosis espaciadas 6 meses)							
<b>Vacuna de COVID 19</b>							
	<b>Fabricante</b>	<b>Fecha de administración</b>	<b>Dosis 1</b>	<b>Dosis 2</b>	<b>Dosis 3</b>	<b>Dosis 4</b>	<b>Fecha de la siguiente dosis</b>
<b>COVID-19</b>							

Una vez que comience a completar esta tarjeta, contendrá información médica personal. Guárdela en un lugar seguro.

