



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		
Influenza (gripe) (1 al año)							
Hepatitis B (3 dosis)							
Antineumocócica (PCV13, PCV15, PCV20, PPSV23)	PCV13						
	PCV15						
	PCV20						
	PPSV23						
Herpes zóster (2 dosis espaciadas 6 meses)							
Vacuna de COVID 19							
	Fabricante	Fecha de administración	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3	Dosis 4	Fecha de la siguiente dosis
COVID-19							

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

