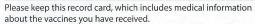
## **COVID-19 Vaccination Record Card**





Por favor, guarde esta tarjeta de registro, que incluye información médica sobre las vacunas que ha recibido.

Colica sobre las vacunas que na recibido.

MI

Date of birth

Patient number (medical record or IIS record number)

Vaccine	Product Name/Manufacturer	Date	Healthcare Professional or Clinic Site
1 <sup>st</sup> Dose COVID-19	an han	14/21 mm dd yy	CVS W579
2 <sup>nd</sup> Dose COVID-19	Pfizer EW0181	7/5/21 mm dd yy	CVS 10578
Other		mm dd yy	
Other		mm dd yy	