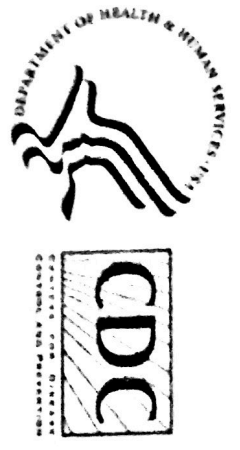


COVID-19 Vaccination Record Card

Please keep this record card, which includes medical information about the vaccines you have received.

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



Last Name LU First Name Yanxin MI _____

Date of birth 10/17/1989 Patient number (medical record or IIS record number) _____

Vaccine _____ Date: 4/15/2021 Professional _____

1st Dose PFIZER COVID-19 VACCINE FORUM
 COVID-19 LOT#: EW0161 EXP: 07/31/2021

2 nd Dose COVID-19			
Other		mm / dd / yy	
Other		mm / dd / yy	

4018

Reminder! Return for a second dose! ¡Recordatorio! ¡Regrese para la segunda dosis!

Vaccine	Date / Fecha
COVID-19 vaccine Vacuna contra el COVID-19	05 / 06 / 21 mm dd yy
Other	____ / ____ / ____ mm dd yy
Otra	____ / ____ / ____ mm dd yy

Bring this vaccination record to every vaccination or medical visit. Check with your health care provider to make sure you are not missing any doses of routinely recommended vaccines.

Lleve este registro de vacunación a cada cita médica o de vacunación. Consulte con su proveedor de atención médica para asegurarse de que no le falte ninguna dosis de las vacunas recomendadas.

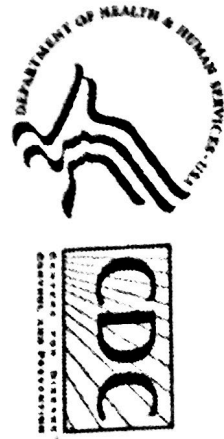
For more information about COVID-19 and COVID-19 vaccine, visit cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html.

Para obtener más información sobre el COVID-19 y la vacuna contra el COVID-19, visite espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html.

You can report possible adverse reactions following COVID-19 vaccination to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) at vaers.hhs.gov.

Puede notificar las posibles reacciones adversas después de la vacunación contra el COVID-19 al Sistema de Notificación de Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) en vaers.hhs.gov.

COVID-19 Vaccination Record Card



Please keep this record card, which includes medical information about the vaccines you have received.

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

Last Name LU First Name Yanxin MI MI

Date of birth 10-17-1989 Patient number (medical record or IIS record number) _____

Vaccine	Product Name/Manufacturer Lot Number	Date mm dd yy	Healthcare Professional or Clinic Site
1 st Dose COVID-19	<u>Pfizer</u> <u>EW0161</u>	<u>4/15/21</u>	<u>FORUM</u>
2 nd Dose COVID-19			
Other			
Other			

Date: 5/6/2021
 PFIZER COVID-19 VACCINE
 LOT#: EW0173 EXP: 08/31/2021

FORUM

Reminder! Return for a second dose!

¡Recordatorio! ¡Regrese para la segunda dosis!

Vaccine	Date / Fecha
COVID-19 vaccine Vacuna contra el COVID-19	<div style="text-align: center;"> Pfizer _____ / _____ / _____ mm dd yy </div>
Other Otra	<div style="text-align: center;"> _____ / _____ / _____ mm dd yy </div>

Bring this vaccination record to every vaccination or medical visit. Check with your health care provider to make sure you are not missing any doses of routinely recommended vaccines.

Lleve este registro de vacunación a cada cita médica o de vacunación. Consulte con su proveedor de atención médica para asegurarse de que no le falte ninguna dosis de las vacunas recomendadas.

For more information about COVID-19 and COVID-19 vaccine, visit cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html.

Para obtener más información sobre el COVID-19 y la vacuna contra el COVID-19, visite espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html.

You can report possible adverse reactions following COVID-19 vaccination to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) at vaers.hhs.gov.

Puede notificar las posibles reacciones adversas después de la vacunación contra el COVID-19 al Sistema de Notificación de Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) en vaers.hhs.gov.