



PRUEBA TEMPORAL DE VACUNACIÓN Y FORMULARIO RECORDATORIO PARA LA REVISIÓN DEL LUGAR DE APLICACIÓN DE LA VACUNA

(Este formulario debe ser llenado por el personal de la clínica y debe ser guardado por la persona que recibió la vacuna)

INFORMACIÓN IMPORTANTE: GUARDE ESTE FORMULARIO. TRÁIGALO CONSIGO PARA LA REVISIÓN DEL LUGAR DE APLICACIÓN DE LA VACUNA.

Por favor traiga este formulario a la cita en la cual le van a examinar el lugar donde le aplicaron la vacuna y guárdelo durante 4 semanas más. Este formulario tiene el teléfono a donde debe llamar si cree que está sufriendo una mala reacción a la vacuna. Este formulario también es su prueba de vacunación hasta que regrese a la clínica para que le examinen el lugar donde le aplicaron la vacuna. Ese día le darán su tarjeta permanente de inmunización.

PRUEBA TEMPORAL DE VACUNACIÓN CONTRA LA VIRUELA:

Nombre _____ Fecha de la vacuna: ____/____/____
mes / día / año

PVN: _____ Clínica: _____

Teléfono de la clínica: (_____)_____ - _____ Brazo vacunado: Izquierdo Derecho

CITA PARA LA REVISIÓN OBLIGATORIA DEL LUGAR DE APLICACIÓN DE LA VACUNA:

Debe hacerse revisar el lugar donde le aplicaron la vacuna en la fecha que está escrita abajo para estar seguros de la eficacia de la vacuna.

Fecha de la cita: ____/____/____ Hora: _____
mes/ día / año

Nombre de la clínica _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la clínica: (_____)_____ - _____

SI CREE QUE ESTÁ SUFRIENDO UNA MALA REACCIÓN A LA VACUNA:

Llame a: _____, llame a su profesional de atención en salud o vaya a la sala de emergencias.

INFORMACIÓN IMPORTANTE: NO BOTE ESTE FORMULARIO. TRÁIGALO CUANDO REGRESE PARA LA REVISIÓN DEL LUGAR DE APLICACIÓN DE LA VACUNA.

Para más información, visite www.bt.cdc.gov/agent/smallpox/es, o llame a los CDC al 800-CDC-INFO (español e inglés) o 888-232-6348 (TTY).