

Name / Nombre: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

Date / Fecha	Vaccine / Vacuna	Validation / Validación	Next Dose / Próxima Dosis
	Tdap/Td		
	Tdap/Td		
	Tdap/Td		
	Tdap/Td		
	Tdap/Td		
	MMR		
	MMR		
	Varicella (Chickenpox)		
	Varicella (Chickenpox)		
	RZV (Shingles)		
	RZV (Shingles)		
	HPV		
	HPV		
	HPV		
	PCV13		
	PPSV23		
	PPSV23		
	HepA		
	HepA		
	HepA		
	HepB		
	HepB		
	HepB		
	MenACWY		
	MenACWY		
	MenB		
	MenB		
	Hib		
	Hib		
	Hib		
	Influenza		
	Influenza		
	Influenza		
	Influenza		
	Influenza		

TB Test

Date Read

Results

TB Test

Date Read

Results



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

Department of State Health Services
Immunization Unit

Stock No. C-104
(Rev. 07/2019)

Adult Immunization Record (Registro de Inmunizaciones de Adultos)

Name (Nombre): _____
 Last (Apellido) _____ First (Nombre) _____ Middle Initial (Inicial) _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento) _____ Sex (Sexo): _____

Address (Dirección) _____

City (Ciudad) _____ State (Estado) _____ Zip (Código Postal) _____

Bring this record each time you come to the clinic. Keep this record. An immunization record is required to enroll in most colleges and for some jobs. The vaccines listed below are recommended for adults, your doctor may recommend other vaccines.

Lleve este registro cada vez que vaya a la clínica. Mantener este registro. Se requiere un registro de vacunación para inscribirse en la mayoría de las universidades y para algunos trabajos. Las vacunas enumeradas a continuación se recomiendan para adultos, su médico puede recomendar otras vacunas.

Privacy Notification - With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.tx.gov> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

Notificación Sobre Privacidad - Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.tx.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Privacy Notice: I acknowledge that I have received a copy of my immunization provider's HIPAA Privacy Notice.

Aviso sobre derechos de la vida privada: Yo admito haber recibido una copia del Aviso Sobre Derechos de la Vida Privada (HIPAA).

Abbreviation / Abreviatura	Vaccine / Vacuna
Flu / Gripe	Inactivated Influenza, Recombinant Influenza, or Live, Attenuated Influenza / Influenza inactivada, influenza recombinante o influenza viva atenuada
Tdap or Td / Tdap o Td	Tetanus, Diphtheria, and Pertussis or Tetanus and Diphtheria / Tétanos, difteria, tos ferina o Tétanos y difteria
MMR / SPR	Measles, Mumps, and Rubella / Sarampión, paperas, y rubéola
Chickenpox / Varicela	Varicella / Varicella
Shingles / Culebrilla	Recombinant Zoster / Zoster Recombinante
HPV / VPH	Human Papillomavirus / Virus del papiloma humano
PCV13 / PCV13	Pneumococcal Conjugate / Neumocócica conjugada
PPSV23 / PPSV23	Pneumococcal Polysaccharide / Neumocócica polisacárida
HepA / HepA	Hepatitis A / Hepatitis A
HepB / HepB	Hepatitis B / Hepatitis B
MenACWY / MenACWY	Meningococcal A, C, W, Y / Meningocócica ACWY
MenB / MenB	Meningococcal B / Meningocócica B
Hib / Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> type b / <i>haemophilus influenzae</i> de tipo b

Ask your primary care provider which vaccines are recommended for you. / Pregunte a su proveedor de atención primaria qué vacunas se recomiendan para usted.

Clinic Phone Number: _____ Clinic Phone Number: _____
 (Teléfono de la Clínica): _____ (Teléfono de la Clínica): _____