

REGISTRO DE VACUNACIÓN DE COVID-19

Nombre del Vacunado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: F M Transgénero

Teléfono del Vacunado: _____ Primer Nombre de la Madre: _____

Dirección Física: Urb/Barrio _____ Calle: _____

Pueblo: _____ Zip: _____

Dirección Postal: _____

Pueblo: _____ Zip: _____

Alergias: _____

Documentación de Vacunación

FECHA	H	# LOTE	LUGAR ADMINISTRADO

Nota de Enfermería:

Firma Vacunado

RN MD _____
Firma

Núm. Lic.

Fecha y Hora