

We will **IMMUNIZE** your child  
even if you are unable  
to pay our fees.

**IMMUNIZATION RECORD**  
Comprobante de Inmunización

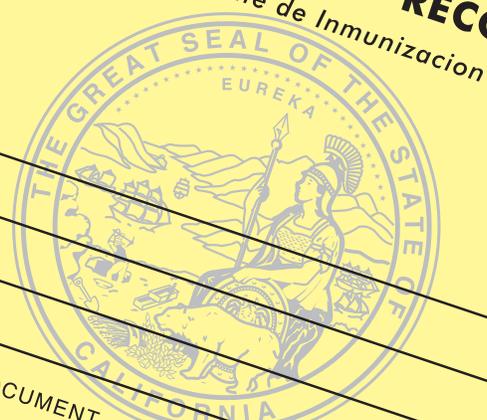
Name  
nombre

Birthdate  
fecha de nacimiento

Allergies  
alergias

Vaccine Reactions  
reacciones a la vacuna

RETAIN THIS DOCUMENT — CONSERVE ESTE DOCUMENTO



A ninguna persona se le  
negarán las **VACUNAS** si  
no tiene manera de pagarlas.