您的孩子需要接受下列免疫接種：

出生時：HepB
2個月時：DTaP, HepB, Hib, Pneumo, Polio, RV
4個月時：DTaP, HepB*, Hib, Pneumo, Polio, RV
6個月時：DTaP, HepB, Hib, Pneumo, Polio, RV
12個月時：HepA, Hib, MMR, Pneumo, Var
15個月時：DTaP
18個月時：HepA
6個月至**5**歲以及高風險兒童：流感（每年秋季）

DTaP=白喉病, 破傷風, 無細胞百日咳
HepA/HepB=甲型肝炎/乙型肝炎
Hib=B型流感嗜血桿菌腦膜炎, B型流感嗜血桿菌
MMR=麻疹, 流行性腮腺炎, 及風疹
Pneumo＝肺炎雙球菌
RV=輪狀病毒
Var＝水痘
*如果首次注射是在出生2個月後而非出生時

♥ 誠摯的祝願 ♥

Arnold Schwarzenegger, Governor
State of California

Kimberly Belshé, Secretary
Health and Human Services Agency

Mark B. Horton, MD, MSPH, Director
California Department of Public Health

Immunization Branch
850 Marina Bay Parkway • Richmond, CA 94804

世上沒有任何東西能夠比得上父母的愛。♥

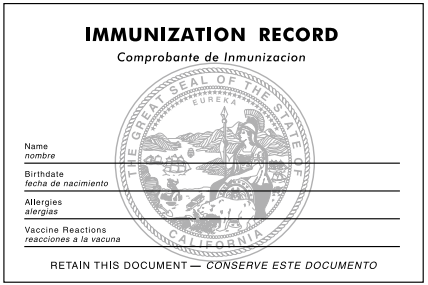
IMM-704 Chinese (11/06)

現在您有了一個可以關愛的新生兒。

多多地關愛您的幼兒，**並**按時為您的幼兒作免疫接種。這將保證您的幼兒的安全，以免幼兒患某些很危險的疾病。

您的幼兒在**出生**時需要接受首次免疫接種。本頁背面的列表顯示其他免疫接種時間。請每次**按時**接受免疫接種，以保護您的幼兒。請現在就與您的醫生或診所預約頭幾次免疫接種的時間。

醫生或護士會向您提供您的幼兒的**免疫接種記錄**。每當您帶幼兒前往醫生或診所處時，請攜帶該記錄。送您的孩子入托兒所和入學時也需要出示該記錄。請保存好這份記錄；您的孩子將終身都需要它。


IMMUNIZATION RECORD

Comprobante de Inmunizacion

Name
nombre

Birthdate
fecha de nacimiento

Allergies
alergias

Vaccine Reactions
reacciones a la vacuna

RETAIN THIS DOCUMENT — *CONSERVE ESTE DOCUMENTO*