

Vaccine Administration Record

Clinic Name & Address

Vaccines For Children (VFC) Eligibility Screening and documentation is required by federal mandate for individuals under 19 who receive state supplied vaccine.

Circle # in VFC column to document eligibility:

VFC Eligible

- 1- Medicaid
- 2- American Indian or Alaska Native
- 3- Underinsured (FQCH/RHC only)
- 4- No Insurance

Not VFC Eligible

- 5- Insured, or age 19 and older

Patient Name: _____

Date of Birth: ____/____/____

***** Route/Site Legend:** IM = Intramuscular SC = Subcutaneous
 PO = Oral IN=Intranasal
 RA = Right Arm LA = Left Arm
 RT = Right Thigh LT = Left Thigh

Vaccine Type	Date Vaccine Admin & VIS Given	VFC Eligibility (circle one)	*** Route/Site (circle one)	Lot Number	Mfr.	Vaccine Expiration Date	VIS Publication Date	Vaccine Admin Signature	Title
DTaP-HepB-IPV #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-HepB-IPV #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-HepB-IPV #3		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-IPV/Hib #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-IPV/Hib #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-IPV/Hib #3		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-IPV/Hib #4		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-IPV-Hib-HepB #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-IPV-Hib-HepB #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-IPV-Hib-HepB #3		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
Hib #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
Hib #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
Hib #3		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
Hib #4		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
PCV13 #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
PCV13 #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
PCV13 #3		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
PCV13 #4		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP #3		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP #4		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP #5		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-IPV		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
IPV #1		1 2 3 4 5	IM SC / RT RA LT LA						
IPV #2		1 2 3 4 5	IM SC / RT RA LT LA						
IPV #3		1 2 3 4 5	IM SC / RT RA LT LA						
IPV #4		1 2 3 4 5	IM SC / RT RA LT LA						
HepA #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
HepA #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						

Vaccine Administration Record Continued

Patient Name: _____

Date of Birth: ____/____/____

Vaccine Type	Date Vaccine Admin & VIS Given	VFC (circle one)	*** Route/Site (circle one)	Lot Number	Mfr.	Vaccine Expiration Date	VIS Publication Date	Vaccine Admin Signature	Title
HepB (Birth Dose)		1 2 3 4 5							
HepB # ____		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
HepB # ____		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
HepB # ____		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
RV #1		1 2 3 4 5	PO / RT RA LT LA						
RV #2		1 2 3 4 5	PO / RT RA LT LA						
RV #3		1 2 3 4 5	PO / RT RA LT LA						
MMR #1		1 2 3 4 5	SC / RT RA LT LA						
MMR #2		1 2 3 4 5	SC / RT RA LT LA						
MMRV #1		1 2 3 4 5	SC / RT RA LT LA						
MMRV #2		1 2 3 4 5	SC / RT RA LT LA						
VAR #1		1 2 3 4 5	SC / RT RA LT LA						
VAR #2		1 2 3 4 5	SC / RT RA LT LA						
Varicella Disease	Date:	/ /	History:						
Tdap #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
Tdap / Td		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
Tdap / Td		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
MCV4 #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
MCV4 #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
MenB #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
MenB #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
HPV #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
HPV #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
HPV #3		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
Influenza									
IIV		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
IIV		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
IIV		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
LAIV		1 2 3 4 5	IN						
LAIV		1 2 3 4 5	IN						
Other Vaccines (PPSV23, Travel Vaccines, COVID-19)									
		1 2 3 4 5	IM SC / RT RA LT LA						
		1 2 3 4 5	IM SC / RT RA LT LA						
		1 2 3 4 5	IM SC / RT RA LT LA						
		1 2 3 4 5	IM SC / RT RA LT LA						
		1 2 3 4 5	IM SC / RT RA LT LA						

Immunization Program • P.O. Box 70 • Burlington, VT 05402-0070 •
 P.802-863-7638 or 800-640-4374 • AHS.VDHimmunizationProgram@vermont.gov



DEPARTMENT OF HEALTH

<http://www.healthvermont.gov/disease-control/immunization-providers>
<https://www.healthvermont.gov/health-statistics-vital-records/registries/immunization>