

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 (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						
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						
PCV- #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
PCV- #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
PCV- #3		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
PCV- #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: ____/____/____

***** 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 (circle one)	*** Route/Site (circle one)	Lot Number	Mfr.	Vaccine Expiration Date	VIS Publication Date	Vaccine Admin Signature	Title
HepB (Birth Dose)									
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									
RV #1		1 2 3 4 5	PO / RT RA LT LA						
RV #2									
RV #2		1 2 3 4 5	PO / RT RA LT LA						
RV #3									
RV #3		1 2 3 4 5	PO / RT RA LT LA						
MMR #1									
MMR #1		1 2 3 4 5	SC / RT RA LT LA						
MMR #2									
MMR #2		1 2 3 4 5	SC / RT RA LT LA						
MMRV #1									
MMRV #1		1 2 3 4 5	SC / RT RA LT LA						
MMRV #2									
MMRV #2		1 2 3 4 5	SC / RT RA LT LA						
VAR #1									
VAR #1		1 2 3 4 5	SC / RT RA LT LA						
VAR #2									
VAR #2		1 2 3 4 5	SC / RT RA LT LA						
Varicella Disease									
Varicella Disease	Date:	/ /	History:						
Tdap #1									
Tdap #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
Td #1									
Td #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
Td #2									
Td #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
MCV4 #1									
MCV4 #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
MCV4 #2									
MCV4 #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
HPV #1									
HPV #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
HPV #2									
HPV #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
HPV #3									
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									
		1 2 3 4 5	IM SC / RT RA LT LA						