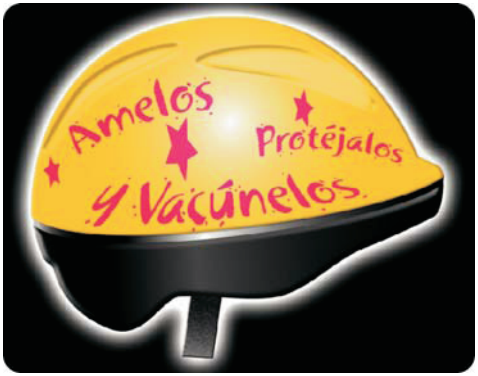
Instructions to the Health Care Provider: Fold this card in half (fold this top part down) with the information below on the inside. Seal with a sticker, staple, or piece of tape. Address the blank side of the card. Mail using first-class postage, as you would an envelope.
REMEMBER: YOUR NOTICE OF PRIVACY PRACTICE MUST STATE THAT REMINDERS WILL BE SENT.

Usted se acuerda de proteger la cabeza de su niño.



¿Y que tal el resto de su cuerpo?

-----FOLD HERE-----

ACUÉRDESE DE LAS VACUNAS.

Nuestros registros indican que _____ necesita recibir las siguientes inmunizaciones (vacunas):

○ DTaP	○ Hepatitis A	○ Hepatitis B
○ Hib	○ MMR	○ Polio
○ Prevnar	○ Td/Tdap	○ Varicella
○ Rotavirus	○ Meningococcal	○ HPV

Colorado Children's Immunization Coalition

Colorado Department of Public Health and Environment

Su niño(a) puede recibir estas vacunas en:

Si su niño(a) ya recibió estas vacunas, por favor llámenos para actualizar nuestra documentación.

De acuerdo con la ley federal, a ninguna persona puede negársele vacuna comprada con fondos de la subvención federal para inmunizaciones, por incumplimiento de pago del costo de administración o incumplimiento en hacer una donación al proveedor.