

Recordatorio de la Vacuna VPH

¡Protégete a ti mismo! **Obtenga ambas dosis***

1er _____
Fecha de la 1ra dosis

2do _____
6-12 meses después de la 1ra dosis

Nombre

Número de teléfono de la clínica

*Este horario es para niños de 9 a 14 años.



Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición, deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a civil.rights@doh.wa.gov.

Recordatorio de la Vacuna VPH

¡Protégete a ti mismo! **Obtenga ambas dosis***

1er _____
Fecha de la 1ra dosis

2do _____
6-12 meses después de la 1ra dosis

Nombre

Número de teléfono de la clínica

*Este horario es para niños de 9 a 14 años.



Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición, deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a civil.rights@doh.wa.gov.

Recordatorio de la Vacuna VPH

¡Protégete a ti mismo! **Obtenga ambas dosis***

1er _____
Fecha de la 1ra dosis

2do _____
6-12 meses después de la 1ra dosis

Nombre

Número de teléfono de la clínica

*Este horario es para niños de 9 a 14 años.



Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición, deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a civil.rights@doh.wa.gov.

Recordatorio de la Vacuna VPH

¡Protégete a ti mismo! **Obtenga ambas dosis***

1er _____
Fecha de la 1ra dosis

2do _____
6-12 meses después de la 1ra dosis

Nombre

Número de teléfono de la clínica

*Este horario es para niños de 9 a 14 años.



Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición, deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a civil.rights@doh.wa.gov.