

Esta tarjeta debe ser completada por el farmacéutico o el profesional de la salud.

Consérvela para que pueda hacer lo siguiente:

- Ver qué vacunas antimeningocócicas ha recibido
- Comprender qué vacunas puede necesitar aún
- Mostrarle al médico su progreso con las vacunas

**Lleve esta tarjeta cada vez que
reciba la vacuna o vaya a una visita médica.**

NOMBRE

INICIAL DEL
SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO

Cuando su tarjeta esté completamente llena, consérvela como constancia y pida una nueva tarjeta a su proveedor de tratamiento o llamando al 1.888.747.4747.

HISTORIAL DE VACUNAS ANTIMENINGOCÓCICAS

INFORMACIÓN DE LA VACUNA	DOSIS	DOSIS	DOSIS	DOSIS
MARCA DE LA VACUNA				
FECHA				
CENTRO DONDE SE VACUNÓ				

Siga las recomendaciones más actualizadas del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) en cuanto al cronograma de vacunación, revacunaciones y dosis de refuerzo. Para obtener más información sobre las recomendaciones más recientes con respecto a las vacunas antimeningocócicas para pacientes a quienes se les hayan recetado inhibidores del complemento, consulte las recomendaciones del ACIP en www.cdc.gov/acip-recs/hcp/vaccine-specific/meningococcal.html.

Nota para el paciente sobre el cronograma de vacunación (debe ser completada por el proveedor de la vacuna):

- Dado que recibió su **dosis previa de _____ (vacuna) el _____ (fecha), debe VOLVER para recibir otra dosis el _____ (fecha) o después de esa fecha.**
- Dado que recibió su **dosis anterior de _____ (vacuna) el _____ (fecha), debe VOLVER para recibir otra dosis el _____ (fecha) o después de esa fecha.**
- Dado que recibió su **dosis anterior de _____ (vacuna) el _____ (fecha), debe VOLVER para recibir otra dosis el _____ (fecha) o después de esa fecha.**

Para **recibir apoyo integral con las vacunas**, comuníquese con OneSource™, un programa gratuito de apoyo al paciente ofrecido por Alexion diseñado para satisfacer sus necesidades específicas:

Llame al **1.888.765.4747** Visite **AlexionOneSource.com** Envíe un correo electrónico a **OneSource@Alexion.com**

Este material está dirigido a residentes de los Estados Unidos.



ALEXION y el logotipo de Alexion son marcas comerciales registradas, y OneSource es una marca comercial de Alexion Pharmaceuticals, Inc. © 2025, Alexion Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados. US/ALL/0858 V2 02/2025