

# Recordatorio de la Vacuna VPH

¡Protégete a ti mismo! Obtenga las 3 dosis\*

**1er** \_\_\_\_\_  
Fecha de la 1ra dosis

**2do** \_\_\_\_\_  
1-2 meses después de la 1ra dosis

**3er** \_\_\_\_\_  
6 meses después de la 1ra dosis

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la clínica

\*Este horario es para adolescentes de 15 años en adelante.



DOH 825-074 April 2025 CS Spanish

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 [doh.information@doh.wa.gov](mailto:doh.information@doh.wa.gov).

# Recordatorio de la Vacuna VPH

¡Protégete a ti mismo! Obtenga las 3 dosis\*

**1er** \_\_\_\_\_  
Fecha de la 1ra dosis

**2do** \_\_\_\_\_  
1-2 meses después de la 1ra dosis

**3er** \_\_\_\_\_  
6 meses después de la 1ra dosis

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la clínica

\*Este horario es para adolescentes de 15 años en adelante.



DOH 825-074 April 2025 CS

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 [doh.information@doh.wa.gov](mailto:doh.information@doh.wa.gov).

# Recordatorio de la Vacuna VPH

¡Protégete a ti mismo! Obtenga las 3 dosis\*

**1er** \_\_\_\_\_  
Fecha de la 1ra dosis

**2do** \_\_\_\_\_  
1-2 meses después de la 1ra dosis

**3er** \_\_\_\_\_  
6 meses después de la 1ra dosis

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la clínica

\*Este horario es para adolescentes de 15 años en adelante.



DOH 825-074 April 2025 CS

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 [doh.information@doh.wa.gov](mailto:doh.information@doh.wa.gov).

# Recordatorio de la Vacuna VPH

¡Protégete a ti mismo! Obtenga las 3 dosis\*

**1er** \_\_\_\_\_  
Fecha de la 1ra dosis

**2do** \_\_\_\_\_  
1-2 meses después de la 1ra dosis

**3er** \_\_\_\_\_  
6 meses después de la 1ra dosis

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la clínica

\*Este horario es para adolescentes de 15 años en adelante.



DOH 825-074 April 2025 CS

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 [doh.information@doh.wa.gov](mailto:doh.information@doh.wa.gov).