

COVID-19 Call Center

Solicitud de Registro de Vacunación

Se requiere una identificación adecuada (como una licencia de conducir, una identificación estatal o un pasaporte) para acceder al registro.

Adjunte una copia de su identificación con esta solicitud.

Datos del paciente

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento	Dirección	
Ciudad	Estado	Código postal

Datos del solicitante

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Relación con el paciente (paciente, madre, etc.)	Dirección	
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Número de fax	Correo electrónico
Firma	Fecha de hoy	

Número de teléfono: 215-685-5488

Correo electrónico (también para escaneos):
covid@phila.gov

Dirección postal: PhilaVax
1101 Market St., 12th Fl.
Philadelphia, PA 19107

For Official Use Only (Solo para uso oficial):

Approved By: _____

Date: _____

Type of ID: _____

ID #: _____