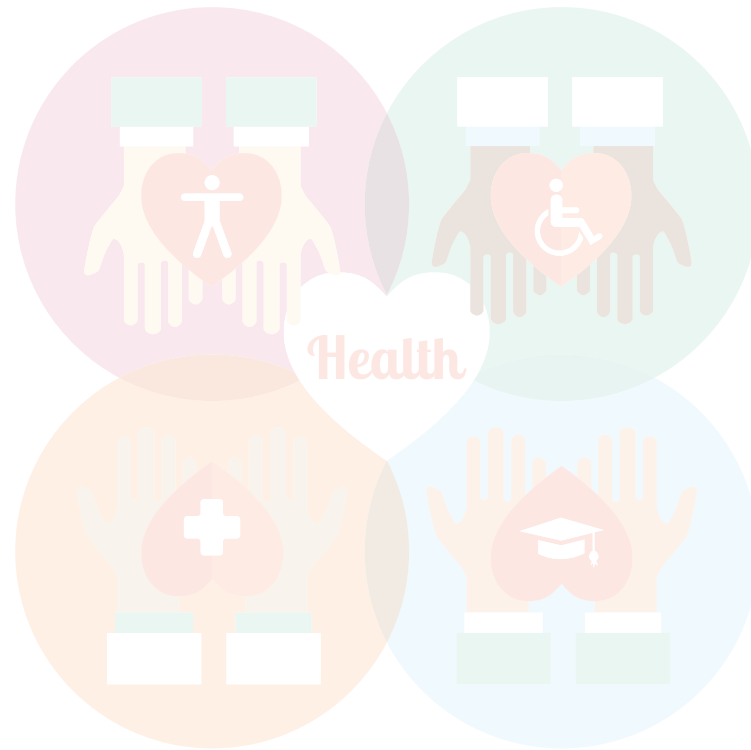


# Mi Plan Compartido De Cuido



**Mi nombre:** \_\_\_\_\_



**Mi Plan Compartido de Cuido fue Cambiado:**

Fecha	¿Quién lo cambió?	¿Qué cambió?	# de Pagina	Fecha	¿Quién lo cambió?	¿Qué cambió?	# de Pagina

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Mi Plan Compartido de Cuido fue Cambiado:**

Fecha	¿Quién lo cambió?	¿Qué cambió?	# de Pagina	Fecha	¿Quién lo cambió?	¿Qué cambió?	# de Pagina

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

# MI PLAN COMPARTIDO DE CUIDO

## ¿Qué es "Mi plan compartido de cuidado"?

"Mi plan compartido de cuidado" es una herramienta de autogestión que puede ayudarte a mantener un registro sobre lo que está pasando con tu salud. Lleve esta información contigo cuando visites tus proveedores. Te puede ayudar a ser un socio activo en tu cuidado. Mantenga su plan en un lugar seguro. Tiene información confidencial.

## ¿Qué es "Autogestión"?

La autogestión significa que usted juega un papel clave en el manejo de su cuidado. Usted es parte de un equipo, junto con su administrador de caso de Servicios Especiales Salud Infantil, coordinador de cuidado, médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros, trabajando juntos para manejar su salud.

## ¿Cómo puedo aprovechar lo mas de "Mi Plan Compartido de Cuido"?

1. **Lleve las partes que conoces** en "Mi Plan Compartido de Cuido".
2. Si hay **cosas que no conoces, trabaje con los miembros de su equipo de cuidado** (por ejemplo, administrador de casos, coordinador del cuidado, médicos, enfermeras, terapeutas, farmacéuticos, etc.) **para completar "Mi Plan Compartido de Cuido"**. **Si hay partes que no te aplican, entonces no es necesario que las llene.**
3. **Lleve "Mi Plan Compartido de Cuido" con usted a todas sus citas del cuidado de salud.**
4. Con su consentimiento, su equipo de atención médica puede revisar **"Mi Plan Compartido de Cuido" para obtener una imagen actual de su salud y ayudarlo a mantener la información exacta, actualizada y completa.** También pueden trabajar en conjunto para definir los problemas, establecer prioridades y metas, crear planes de tratamiento, y resolver problemas.

**Mi Administrador de Caso de Servicios Especiales de Salud Infantil es:** \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_



<b>Mi nombre (nombre del niño):</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Género:</b>
<b>Este formulario fue completado por:</b>		<b>Relación:</b>
<b>Nombre del Padre/Guardián:</b>		
<b>Mi Dirección (niño)</b>		
Calle/ # Apartamento (si es necesario):		
Ciudad/ Estado/Código Postal:		
Mi teléfono:		
Mi correo electrónico:		
<b>Dirección del Padre/Guardián</b>	<b>Dirección del Padre/Guardián (Complete esta sección si es necesario)</b>	
Calle/ # Apartamento (si es necesario):	Calle/ # Apartamento (si es necesario):	
Ciudad/Estado/Código Postal:	Ciudad/Estado/Código Postal:	
Teléfono del Padre/Guardián:	Teléfono del Padre/Guardián:	
Correo electrónico del Padre/Guardián:	Correo electrónico del Padre/Guardián:	

**Mi nombre (nombre del niño):** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Favor de escribir los nombres de las personas que viven en tu hogar y otras que te apoyan:**

Nombre	Relación	¿Viven en su casa? S/N

**Mi Seguro**

Nombre de Mi Seguro Primario:

Nombre de Mi Seguro Secundario:

Nombre de Mi Seguro Dental:

Nombre de Mi Seguro de Visión:

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Mis Diagnosis**


**Quiero que la persona que trabaje conmigo sepa que:**

Yo necesito ayuda en (marque todas las que apliquen):  **Transportación**     **Visión**     **Audición**     **Movilidad**     **Ingles como Segundo Idioma**  
 **Social**     **Comportamiento**     **Comunicación**     **Alimentación**     **Aprendizaje**     **Dieta**  
 **Otros (por favor especifique)** \_\_\_\_\_ **Comentarios:**

Mi Religión/ Espiritualidad impacta mi cuidado de salud:  **SI**     **NO**

**Comentarios:**

Yo aprendo mejor:  **Leyendo**     **Cuando me Hablen**     **Cuando me Demuestran**     **Cuando veo fotos o videos**

**Otros (por favor especifique)** \_\_\_\_\_

Yo tengo acceso al Internet:  **SI**     **NO**

Yo tengo un Procurador para el Cuidado Médico:  **SI**     **NO**  
 (En caso afirmativo, adjunte el documento)

Yo tengo un animal de servicio/guía:  **SI**     **NO**

Yo tengo un animal de terapia:  **SI**     **NO**

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



**Mi Plan de Emergencia**

Nombre de contacto en caso de una emergencia:	Número de Teléfono:	Relación:
Contacto Secundario:	Número de Teléfono:	Relación:

Llame mi Contacto de Emergencia si se presentan los siguientes síntomas:

Llame al 9-1-1 si se presentan los siguientes síntomas, (y también llamar a mi contacto de Emergencia):

Sigue los siguientes pasos mientras esperamos que llegue mi Contacto de Emergencia o la ayuda médica:

Estoy registrado el Registro Listo de NJ ([www.registerready.nj.gov](http://www.registerready.nj.gov))     SI     NO

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

<b>Mis Alergias / Intolerancias Comidas</b>			
<b>Comida</b>	<b>Reacción</b>	<b>Fecha en que ocurrió</b>	<b>Comentarios</b>

<b>Mis Alergias / Intolerancias a Medicamentos</b>			
<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Reacción</b>	<b>Fecha en que ocurrió</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Otras Alergias:</b>			

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



<b>Mis Recetas de Medicamentos (continuación...)</b>						
<b>Día que la Comenzó</b>	<b>Recetada por</b>	<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Instrucciones</b>	<b>Porque tomo este medicamento</b>	<b>Fecha en que Paro (Si ya no está tomando sus medicamentos)</b>	<b>Comentarios</b>

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

<b>Mis Medicamentos sin prescripción</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Instrucciones</b>	<b>Porque tomo este medicamento</b>	<b>Comentarios</b>

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Mis Medicamentos sin prescripción (continuación...)**

<b>Nombre</b>	<b>Instrucciones</b>	<b>Porque tomo este medicamento</b>	<b>Comentarios</b>

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Mi Proveedor de Cuido Primario**

Nombre del Proveedor de Cuido Primario	Nombre del Coordinador de Cuido	Número de Teléfono de la Oficina	Correo electrónico
<b>Plan de Tratamiento (Incluyendo laboratorios, radiología, y pruebas de diagnóstico)</b>			
Privilegios en el Hospital:	Inmunización Al día: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Adjunte el registro de inmunización o llene las páginas 28 y 29)		

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

<b>Otro Proveedor (Esto incluye médicos, salud mental, otros)</b>			
<b>Tipo de Proveedor</b>	<b>Nombre del Proveedor</b>	<b>Numero del Teléfono de la Oficina</b>	<b>Correo electrónico</b>
<b>Plan de Tratamiento (Incluyendo laboratorios, radiología, y pruebas de diagnóstico)</b>			
<b>Privilegios en el Hospital:</b>			

<b>Otro Proveedor (Esto incluye médicos, salud mental, otros)</b>			
<b>Tipo de Proveedor</b>	<b>Nombre del Proveedor</b>	<b>Numero del Teléfono de la Oficina</b>	<b>Correo electrónico</b>
<b>Plan de Tratamiento (Incluyendo laboratorios, radiología, y pruebas de diagnóstico)</b>			
<b>Privilegios en el Hospital:</b>			

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



<b>Otro Proveedor (Esto incluye médicos, salud mental, otros)</b>			
<b>Tipo de Proveedor</b>	<b>Nombre del Proveedor</b>	<b>Numero del Teléfono de la Oficina</b>	<b>Correo electrónico</b>
<b>Plan de Tratamiento (Incluyendo laboratorios, radiología, y pruebas de diagnóstico)</b>			
<b>Privilegios en el Hospital:</b>			

<b>Otro Proveedor (Esto incluye médicos, salud mental, otros)</b>			
<b>Tipo de Proveedor</b>	<b>Nombre del Proveedor</b>	<b>Numero del Teléfono de la Oficina</b>	<b>Correo electrónico</b>
<b>Plan de Tratamiento (Incluyendo laboratorios, radiología, y pruebas de diagnóstico)</b>			
<b>Privilegios en el Hospital:</b>			

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

<b>Otro Proveedor (Esto incluye médicos, salud mental, otros)</b>			
<b>Tipo de Proveedor</b>	<b>Nombre del Proveedor</b>	<b>Numero del Teléfono de la Oficina</b>	<b>Correo electrónico</b>
<b>Plan de Tratamiento (Incluyendo laboratorios, radiología, y pruebas de diagnóstico)</b>			
<b>Privilegios en el Hospital:</b>			

<b>Otro Proveedor (Esto incluye médicos, salud mental, otros)</b>			
<b>Tipo de Proveedor</b>	<b>Nombre del Proveedor</b>	<b>Numero del Teléfono de la Oficina</b>	<b>Correo electrónico</b>
<b>Plan de Tratamiento (Incluyendo laboratorios, radiología, y pruebas de diagnóstico)</b>			
<b>Privilegios en el Hospital:</b>			

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

\*Si usted necesita más espacio, utilice paginas extras.

**Mis Cuidados en el hogar**

Yo tengo **servicios privados** (marque todos los que apliquen):

- Enfermera/Asistente     Terapeuta Físico     Terapeuta Ocupacional     Terapeuta del Habla     Trabajador Social     Cuidado de Respirio

Nombre de la Agencia del Cuido de Salud en el Hogar		Nombre del Manejador del Caso	Número de Teléfono de la Oficina
Ordenado por	Número de Teléfono de la Oficina	Número de Fax de la Oficina	Correo electrónico

**Plan de Tratamiento**


Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Cuidado de Infusión en el Hogar

Tengo cuidado de infusión en el hogar (por ejemplo, nutrición, terapia IV) Si es SI, indique cuales:

Nombre de la Agencia de Cuidado de Infusión en el Hogar		Nombre del Manejador del Caso		Número de Teléfono de la Oficina	
Ordenado por	Número de Teléfono de la Oficina	Número de Fax de la Oficina		Correo electrónico	

### Equipo médico durable

Yo uso equipo médico durable (por ejemplo, silla de ruedas, andador, cama de hospital). Si es SI, indique cuales:

Nombre de la Agencia de Equipo Médico Durable		Nombre del Manejador del Caso		Número de Teléfono de la Oficina	
Ordenado por	Número de Teléfono de la Oficina	Número de Fax de la Oficina		Correo electrónico	

### Ortopédicos/prótesis

Yo utilizo aparatos ortopédicos/prótesis (por ejemplo, ortesis de pierna, miembro prostético). Si es SI, indique cuales:

Nombre de la Agencia de Ortesis/Prótesis		Nombre del Manejador del Caso		Número de Teléfono de la Oficina	
Ordenado por	Número de Teléfono de la Oficina	Número de Fax de la Oficina		Correo electrónico	

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Mi Dentista**

Nombre del Dentista	Número de Teléfono de la Oficina	Correo electrónico

**Plan del Tratamiento**


Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Mi Doctor de la Vista**

Nombre del Doctor de la Vista	Número de Teléfono de la Oficina	Correo electrónico

**Plan del Tratamiento**


Uso espejuelos:  SI  NO      Uso lentes de contacto:  SI  NO

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Mi Audiologo**

Nombre del Audiologo	Número de Teléfono de la Oficina	Correo electrónico

**Plan de Tratamiento**


Yo uso audífonos:  SI  NO (Si es SI, tipo de audífono \_\_\_\_\_, fecha que cambio \_\_\_\_\_ )

**Información de Mi Transportación**

Tengo mi propia forma de transporte:  YES  NO (Si es NO, complete la sección de abajo)

Nombre de la Agencia de Transportación	Nombre de la Persona Contacto	Número de Teléfono

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Mi Educación**

Nombre de la Escuela		Dirección de la Escuela	
Distrito Escolar		Tipo de Clase	
Nombre de la Persona Contacto	Rol (enfermera, maestra, principal, etc.)	Número de Teléfono	Correo electrónico
1.			
2.			
3.			
4.			
Yo tengo un IEP/IFSP: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Si es SI, cual es la fecha del último IEP/IFSP): Fecha _____ (Adjuntar el IEP/IFSP)			
Yo tengo un 504 Plan: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Si es SI, cual es la fecha del último plan 504): Fecha _____ (Adjuntar el Plan 504)			
Asistencia: <input type="checkbox"/> BUENA <input type="checkbox"/> POBRE (Si es POBRE, explique mi asistencia y cómo afecta mi educación):			
Comportamiento: <input type="checkbox"/> BUENA <input type="checkbox"/> POBRE (Si es POBRE, explique por qué y cómo afecta mi educación):			

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_





<b>Mis Hospitalizaciones, Visitas a la Sala de Emergencia, y Otros Procedimientos</b>			
<b>Fecha(s)</b>	<b>Hospital/Nombre de la Instalación</b>	<b>Razón de la Admisión</b>	<b>Tratamiento/Procedimiento(s)</b>

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



### Mis Citas de Seguimiento

Fecha	Cosas que debo recordar para mi cita	Nombre del Proveedor	Tipo de Proveedor	Tratamiento Proveído

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Mis Citas de Seguimiento

Fecha	Cosas que debo recordar para mi cita	Nombre del Proveedor	Tipo de Proveedor	Tratamiento Proveído

\*Si usted necesita más espacio, utilice paginas extras.

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_





Yo he participado activamente en el desarrollo de Mi Plan Compartido de Cuido. Entiendo y estoy de acuerdo con la información incluida en este plan. Yo sé que puedo trabajar con mis proveedores en cualquier momento para realizar cambios en Mi Plan Compartido de Cuido.

Nombre (Impreso)	Firma	Fecha
Nombre del Padre/Guardián (Impreso)	Firma	Fecha
Nombre del Proveedor de Cuidado Primario (Impreso)	Firma	Fecha
Nombre del Coordinador de Cuidado (Impreso)	Firma	Fecha

**Consentimiento informado**

Yo autorizo a los miembros del equipo de atención que figuran en Mi Plan Compartido de Cuido a tener acceso a Mi Plan Compartido de Cuido

SÍ  NO

Nombre (Impreso)	Firma	Fecha
Nombre del Padre/Guardián (Impreso)	Firma	Fecha

Yo (o mi tutor legal autorizado) estoy dando mi consentimiento para que las siguientes personas, adicionales tengan acceso completo a Mi Plan Compartido de Cuido

Nombre de la Persona/Relación	Firma	Fecha

Mi nombre (nombre del niño): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



# Vaccine Administration Record for Children and Teens

Patient name \_\_\_\_\_

Birthdate \_\_\_\_\_ Chart number \_\_\_\_\_

PRACTICE NAME AND ADDRESS

Before administering any vaccines, give copies of all pertinent Vaccine Information Statements (VISs) to the child's parent or legal representative and make sure he/she understands the risks and benefits of the vaccine(s). Always provide or update the patient's personal record card.

Vaccine	Type of Vaccine <sup>1</sup>	Date vaccine given (mo/day/yr)	Funding Source (F,S,P) <sup>2</sup>	Site <sup>3</sup>	Vaccine		Vaccine Information Statement (VIS)		Vaccinator <sup>5</sup> (signature or initials and title)
					Lot #	Mfr.	Date on VIS <sup>4</sup>	Date given <sup>4</sup>	
<b>Hepatitis B<sup>6</sup></b> (e.g., HepB, Hib-HepB, DTaP-HepB-IPV) Give IM. <sup>7</sup>									
<b>Diphtheria, Tetanus, Pertussis<sup>6</sup></b> (e.g., DTaP, DTaP/Hib, DTaP-HepB-IPV, DT, DTaP-IPV/Hib, DTaP-IPV, Tdap, Td) Give IM. <sup>7</sup>									
<b>Haemophilus influenzae type b<sup>6</sup></b> (e.g., Hib, Hib-HepB, DTaP-IPV/Hib, DTaP/Hib, Hib-MenCY) Give IM. <sup>7</sup>									
<b>Polio<sup>6</sup></b> (e.g., IPV, DTaP-HepB-IPV, DTaP-IPV/Hib, DTaP-IPV) Give IPV Subcut or IM. <sup>7</sup> Give all others IM. <sup>7</sup>									
<b>Pneumococcal</b> (e.g., PCV7, PCV13, conjugate; PPSV23, polysaccharide) Give PCV IM. <sup>7</sup> Give PPSV Subcut or IM. <sup>7</sup>									
<b>Rotavirus (RV1, RV5)</b> Give orally (po).									

► See page 2 to record measles-mumps-rubella, varicella, hepatitis A, meningococcal, HPV, influenza, and other vaccines (e.g., travel vaccines).

## How to Complete this Record

- Record the generic abbreviation (e.g., Tdap) or the trade name for each vaccine (see table at right).
- Record the funding source of the vaccine given as either F (federal), S (state), or P (private).
- Record the site where vaccine was administered as either RA (right arm), LA (left arm), RT (right thigh), LT (left thigh), or NAS (intranasal).
- Record the publication date of each VIS as well as the date the VIS is given to the patient.
- To meet the space constraints of this form and federal requirements for documentation, a healthcare setting may want to keep a reference list of vaccinators that includes their initials and titles.
- For combination vaccines, fill in a row for each antigen in the combination.
- IM is the abbreviation for intramuscular; Subcut is the abbreviation for subcutaneous.

Abbreviation	Trade Name and Manufacturer
DTaP	Daptacel (Sanofi Pasteur); Infanrix (GlaxoSmithKline [GSK]); Tripedia (Sanofi Pasteur)
DT (pediatric)	Generic (Sanofi Pasteur)
DTaP-HepB-IPV	Pediarix (GSK)
DTaP-IPV/Hib	Pentacel (Sanofi Pasteur)
DTaP-IPV	Kinrix (GSK); Quadracel (Sanofi Pasteur)
HepB	Engerix-B (GSK); Recombivax HB (Merck)
HepA-HepB	Twinrix (GSK); can be given to teens age 18 and older
Hib	ActHIB (Sanofi Pasteur); Hiberix (GSK); PedvaxHIB (Merck)
Hib-MenCY	MenHibrix (GSK)
IPV	Ipol (Sanofi Pasteur)
PCV13	Prenar 13 (Pfizer)
PPSV23	Pneumovax 23 (Merck)
RV1	Rotarix (GSK)
RV5	RotaTeq (Merck)
Tdap	Adacel (Sanofi Pasteur); Boostrix (GSK)
Td	Decavac, Tenivac (Sanofi Pasteur); Generic (MA Biological Labs)

Technical content reviewed by the Centers for Disease Control and Prevention

# Vaccine Administration Record for Children and Teens (continued)

Patient name \_\_\_\_\_

Birthdate \_\_\_\_\_ Chart number \_\_\_\_\_

Before administering any vaccines, give copies of all pertinent Vaccine Information Statements (VISs) to the child's parent or legal representative and make sure he/she understands the risks and benefits of the vaccine(s). Always provide or update the patient's personal record card.

PRACTICE NAME AND ADDRESS

Vaccine	Type of Vaccine <sup>1</sup>	Date vaccine given (mo/day/yr)	Funding Source (F,S,P) <sup>2</sup>	Site <sup>3</sup>	Vaccine		Vaccine Information Statement (VIS)		Vaccinator <sup>5</sup> (signature or initials and title)
					Lot #	Mfr.	Date on VIS <sup>4</sup>	Date given <sup>4</sup>	
<b>Measles, Mumps, Rubella<sup>6</sup></b> (e.g., MMR, MMRV) Give Subcut. <sup>7</sup>									
<b>Varicella<sup>6</sup></b> (e.g., VAR, MMRV) Give Subcut. <sup>7</sup>									
<b>Hepatitis A (HepA)</b> Give IM. <sup>7</sup>									
<b>Meningococcal ACWY; CY</b> (e.g., MenACWY [MCV4]; Hib-MenCY) Give MenACWY and Hib-MenCY IM. <sup>7</sup>									
<b>Meningococcal B</b> (e.g., MenB) Give MenB IM. <sup>7</sup>									
<b>Human papillomavirus</b> (e.g., HPV2, HPV4, HPV9) Give IM. <sup>7</sup>									
<b>Influenza</b> (e.g., IIV3, IIV4, ccIIV3, RIV3, LAIV4) Give IIV3, IIV4, ccIIV3, and RIV3 IM. <sup>7</sup> Give LAIV4 NAS. <sup>7</sup>									
<b>Other</b>									

► See page 1 to record hepatitis B, diphtheria, tetanus, pertussis, *Haemophilus influenzae* type b, polio, pneumococcal, and rotavirus vaccines.

## How to Complete this Record

- Record the generic abbreviation (e.g., Tdap) or the trade name for each vaccine (see table at right).
- Record the funding source of the vaccine given as either F (federal), S (state), or P (private).
- Record the site where vaccine was administered as either RA (right arm), LA (left arm), RT (right thigh), LT (left thigh), or NAS (intranasal).
- Record the publication date of each VIS as well as the date the VIS is given to the patient.
- To meet the space constraints of this form and federal requirements for documentation, a healthcare setting may want to keep a reference list of vaccinators that includes their initials and titles.
- For combination vaccines, fill in a row for each antigen in the combination.
- IM is the abbreviation for intramuscular; Subcut is the abbreviation for subcutaneous.

Abbreviation	Trade Name and Manufacturer
MMR	MMRII (Merck)
VAR	Varivax (Merck)
MMRV	ProQuad (Merck)
HepA	Havrix (GlaxoSmithKline [GSK]); Vaqta (Merck)
HepA-HepB	Twinrix (GSK)
HPV2	Cervarix (GSK)
HPV4, HPV9	Gardasil, Gardasil 9 (Merck)
LAIV4 (live attenuated influenza vaccine, quadrivalent)	FluMist (MedImmune)
IIV3 (inactivated influenza vaccine, trivalent), IIV4 (inactivated influenza vaccine, quadrivalent), ccIIV3 (cell culture-based inactivated influenza vaccine, trivalent), RIV3 (inactivated recombinant influenza vaccine, trivalent)	Fluarix (GSK); Flublok (Protein Sciences Corp.); Afluria, Flud, Flucelvax, Fluvirin (Seqirus); FluLaval (GSK); Fluzone (Sanofi Pasteur)
MenACWY	Menactra (Sanofi Pasteur); Menveo (GSK)
HibMenCY	MenHibrix (GSK)
MenB	Bexsero (GSK); Trumenba (Pfizer)