

Lot Tracking Log

| Practice Name: | | | VFC Pin: | |
|---|--------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| Lot#: | | | Receipt Date: | |
| Patient Name or EMR/EHR ID#/Visit Number: | Patient DOB: | VFC Eligible? | In ASIS? | Date of Service: |
| 1. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 21. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 22. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 23. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 24. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 25. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |