

INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES: COMPLETE Y DEVUELVA A LA ESCUELA 30 DÍAS DESPUÉS DEL INGRESO. La ley estatal requiere que todos los estudiantes de escuelas públicas y privadas presenten evidencia escrita de las vacunas contra algunas enfermedades, dentro de 30 días de ingresar a la escuela. Los requisitos específicos de edad/grado se pueden pedir en las escuelas y departamento de salud locales. Se puede renunciar a estos requisitos completando y firmando un formulario de renuncia en la escuela por motivos de salud, religión, o personales (vea "RENUNCIAS"). El propósito de este formulario es medir el cumplimiento con la ley y se usará por se motivo solamente.

Paso 1: DATOS PERSONALES ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Género	Escuela	Grado	Año Escolar
Nombre del Padres/ Guardian / Custodio Legal	Dirección Calle	Ciudad	Estado	Zip	No. Telefonico ()

Paso 2: HISTORIA DE VACUNAS

Anote el mes día y año en que su hijo(a) recibió las siguientes vacunas. **NO MARQUE** (✓) or (X) excepto para responder la pregunta sobre varicela. Si usted no tiene registro de vacunas en su casa para su estudiante, comuníquese con el médico o departamento de salud para conseguir uno.

TIPO DE VACUNA	1st Dosis mea/día/año	2nd Dosis mea/día/año	3rd Dosis mea/día/año	4th Dosis mea/día/año	5th Dosis mea/día/año
DTP/DTaP/DT/Td (Difteria, Tétanos, Pertusis)					
Reactivación de Adolescente Señalar(✓) el recuadro apropiado <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td					
POLIO					
HEPATITIS B					
MMR (Sarampión, Rubéola, Paperas)					
Varicella (Chickenpox) Vacunas					
¿Ha tendio su hijo(a) la varicela? Marque el cuadro que corresponde y anote el año si lo sabe: <input type="checkbox"/> Si _____ Año (no necesita la vacuna) <input type="checkbox"/> NO o no está segura (necesita vacuna)			¿Le han hecho un analisis de sangre (titulo de anticuerpos) a su hijo que muestre inmunidad (tenia la enfermedad o cacunacion anterior) de cualquiera de las siguientes (marque todas que aplican)? <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Sarampion <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubeola <input type="checkbox"/> Hepatitis B Si contesta Si, proporcione el reporte(s) de laboratorio		

Paso 3: REQUISITOS

Las siguientes son LAS VACUNAS minimas que se requieren para cada nivel de edad/ grado.

Paso 4: CUMPLIMIENTO

EL ESTUDIANTE CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS – Firme en el Paso 5 y devuelva este formulario a la escuela.

EL ESTUDIANTE NO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS

Señale el recuadro apropiado abajo, firme en el Paso 5, y devuelva este formulario a la escuela. FAVOR DE NOTAR QUE LOS ESTUDIANTES NO TOTALMENTE VACUNADOS PUEDEN ESTAR EXCLUIDOS DE LA ESCUELA SI OCURRE EL BROTE DE UNA DE LAS ENFERMEDADES.

Aunque mi hijo(a) NO ha recibido todas las dosis de las vacunas, ha recibido la primera dosis. Entiendo que la segunda dosis debe recibirla este año antes de cumplir 90 días de entrar a la escuela y la tercera y cuarta dosis si las requiere debe recibirlas antes de 30 días de este año escolar. También entiendo que es mi responsabilidad notificar por escrito a la escuela cada vez que mi hijo(a) recibe una dosis de las vacunas requeridas.

NOTA: La falta a permanecer al día con las vacunas puede ocasionar la exclusion de la escuela, accion judicial y/o pena de caducidad.

RENUNCIAS: (Anote en el Paso 2 las vacunas que ya haya recibido)

Por razones de salud este estudiantes no puede recibir las siguientes vacunas _____

FIRMA – del médico

Fecha de la firma

Por razones religiosas, he decidido no vacunar a este estudiante con las siguientes inmunizaciones (marque todas las que apliquen)

DTaP/DTP/DT/Td Polio Hepatitis B MMR (sarampion, paperas, rubeola) Varicella Tdap

Por razones de creencias personales, he decidido no vacunar a este estudiante con las siguientes inmunizaciones (marque todas las que apliquen)

DTaP/DTP/DT/Td Polio Hepatitis B MMR (sarampion, paperas, rubeola) Varicella Tdap

Paso 5: FIRMA

Este formulario está completo en forma fidedigna según como yo lo entiendo.

FIRMA – Padre (madre) / Guardián / Custodio Legal o Estudiante Adulto

Fecha de la firma