

**registro de inmunizaciones del estudiante**

**INSTRUCCIONES AL PADRE:** TERMINE Y VUELVA A LA ESCUELA EN EL PLAZO DE **30 días después de la admisión.** La ley de estado requiere a todos los estudiantes públicos y de la escuela privada presentar la evidencia escrita de la inmunización contra enfermedades **dentro de 30 días de la admisión a la escuela.** Los requisitos específicos de la edad y del grado están disponibles de escuelas y de departamentos locales de la salud. Estos requisitos pueden ser renunciados solamente si una renuncia correctamente firmada por la salud, religiosa, o personal de la convicción se archive en la escuela (Véase las “RENUNCIAS” en dorso). El propósito de esta forma es medir conformidad con la ley y será a esa razón solamente. Si usted tiene preguntas sobre inmunizaciones o cómo llenar este formulario, contacte a la escuela de su niño(a) o el departamento local de salud.

**DATOS PERSONALES**

**POR FAVOR IMPRESIÓN**

Paso 1

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo	Escuela	Grado	Año de Escuela
Nombre del Padre/Guardian/Legal	Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			Numero de Teléfono	

**HISTORIA DE INMUNIZACIONES**

Paso 2

Apunte el MES, DIA Y AÑO que su hijo(a) recibió cada uno de las siguientes Inmunizaciones. NO USE (✓) O (X) excepto cuando conteste la pregunta de la viruela. Si no tiene el registro de inmunizaciones para el estudiante en la casa, contacte a su doctor o un departamento de salud público para obtenerlo.

Tipo de Vacuna*	Primera Dosis Mes/Día/Año	Segunda Dosis Mes/Día/Año	Tercera Dosis Mes/Día/Año	Cuarta Dosis Mes/Día/Año	Quinta Dosis Mes/Día/Año
DtaP/DTP/DT/Td (Difteria, tetanus, tos ferina)					
Polio					
Hepatitis B	Dose 3 formula pediatrica				*La vacuna de Hib se requiere solamente para los niños(a) en centros licenciados del cuidado del día. No divulgue a otras personas las fechas de esta vacuna recibida por el niño de Hib en esta forma.
	Dose 2 formula adolescente				
MMR (Sarampión, paperas, y rubeola)					
Varicella (Varicela o viruela loca) Note: Esta vacuna es solamente requerida si su niño(a) no ha tenido varicela o viruela loca. Mire abajo:					
¿A tenido su niño(a) tenido la enfermedad de la varicela? Compruebe la caja apropiada y proporcione el año sabido: <input type="checkbox"/> Si _____ año (Vacuna no requerida) <input type="checkbox"/> No o no esta seguro (Vacuna requerida)					
¿A tenido su hijo(a) la enfermedad Varicella (viruela loca)? Cheque el cuadro y proporcione el año si se acuerda: <input type="checkbox"/> Si _____ año (vacuna no requerida) <input type="checkbox"/> No o no esta seguro (Vacuna requerida)					

(continuado en el otro lado)

**REQUERIMIENTOS**

Paso 3

Remita a los requerimiento del nivel de la edad/grado para el año corriente para determinar si el estudiante cumplio con los requerimientos.

**DATOS DE CONFORMIDAD**

Paso 4

**EL ESTUDIANTE CUMPLIO CON TODOS LOS REQUISITOS**

Firme en el Paso 5 y regresa esta forma a la escuela.

\_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_

**EL ESTUDIANTE NO CUMPLIO CON TODOS LOS REQUISITOS**

Cheque la caja de abajo, firme el paso 5, y regrese a la escuela. **POR FAVOR NOTE QUE EL ESTUDIANTE QUE NO TENGAN SUS INMUNIZACIONES COMPLETAS PUEDEN SER EXCLUIDO(A) DE LA ESCUELA SI OCURRE UN BROTE DE UNA DE ESTAS ENFERMEDADES.**

- Aunque mi niño(a) no ha recibido TODAS LAS dosis requeridas de la vacuna, la PRIMER DOSIS se ha recibido. Entiendo que la SEGUNDA DOSIS se debe recibir en 90 días después de la admisión a la escuela de este año, y la TERCER DOSIS y CUARTO DOSIS si es requerida s debe recibir para el treinta día de la escuela del año próximo. También entiendo que es mi responsabilidad notificar la escuela en escrito cada que mi niño(a) reciba una dosis de la vacuna requerida.

**NOTA: La falta de seguir el horario y de notificar la escuela puede resultar en una acción legal y en una multa de hasta \$25.00 por cada día c violación.**

**Las RENUNCIAS** (Por favor liste en el paso 2 cualquier inmunización(s) recibidas)

- Por razones de salud** este estudiante no debe recibir las siguiente inmunizaciones. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA** – Doctor

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma

Firma del médico

- Por razones religiosas** este estudiante no debe ser inmunizado
- Por razones de convicciones personales** de este estudiante no debe ser inmunizado

**FIRMA**

Paso 5

Esta forma esta completa y al mejor de mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
**Firma-** Padre/Guardián/ Guardián Legal o Estudiante Adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma