



KILDEER COUNTRYSIDE COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 96

Estimados padres/tutores:

Re: _____

La escuela necesita la siguiente información para completar el registro de salud de su hijo/a, y así prevenir la exclusión de el/ella de la escuela por no cumplir con este requisito. Esta documentación debe ser entregada en la escuela a mas tardar el _____.

___ Copia de el examen físico de Illinois – La porción de la historia medica del examen fisico debe ser completada y firmada por uno de los padres para que sea valida.

___ Prueba de vacunas, firmada por un medico.

___ Registro completo de vacunas con fechas que incluyan mes, dia y año.

___ DPT (TD) si su hijo/a tiene 6 años o mas.

___ TD a los 10 años (tétano, difteria) o Tdap actualizado.

___ Nota del doctor de contraindicación medica para la tosferina.

___ Vacuna contra la polio.

___ Vacuna contra el sarampión o revacunación.

___ Vacuna contra las paperas.

___ Vacuna contra la rubeola.

___ 3 dosis de vacuna contra la Hepatitis B.

___ Vacuna contra la varicela o registro de la enfermedad.

___ Vacuna contra Hib.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la oficina de salud de la escuela al 847-353-8700.

Sinceramente,