

**Registro de Inmunizaciones
Para Estudiantes**

COMPLETE Y DEVUELVA A LA ESCUELA DENTRO DE 30 DÍAS (6 SEMANAS CALENDARIO) DESPUÉS DE LA ADMISIÓN. La ley estatal requiere que todos los niños que van a escuelas presenten evidencia de sus inmunizaciones contra algunas enfermedades dentro de 30 días escolares de ser admitidos. Estos requisitos pueden ser eliminados sólo si se presenta a la escuela una declaración de renuncia por motivos de salud, religiosos o creencias personales. Vea "Renuncia" más abajo. Si tiene alguna pregunta sobre las vacunas o cómo llenar esta forma comuníquese con la escuela de su hijo o con el departamento de salud local.

Datos Personales **Escriba con Letra Molde**

Apellido, nombre, inicial del niño	Fecha de nacimiento	Genero	Escuela	Grado	Año de escuela
Apellido, nombre inicial del padre/ guardián/ custodio legal	Dirección, calle, apartamento, ciudad, estado, código				Numero de teléfono

Anote el Mes, Día y Año en que su hijo recibió cada una de las siguientes vacunas. NO USE EL SIGNO (√) o (X), excepto para indicar si el niño tuvo varicela. Si usted no tiene un registro de vacunes de este niño, comuníquese con el médico o con la agencia de salud pública para obtener las fechas.

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
Difteria, Tétano, tos ferina (especifique DTP,DTaP,DT)					
Polio					
Hepatitis B	3 dosis formulación pediátrica				* Hib vacuna es solamente requerido para niños en guarderías dado licencia. No informe sobre las fechas en que su niño recibió Hib vacuna en esta forma.
	2 dosis formulación adolescente				
Sarampión- Paperas- Rubéola (MMR)					
Varicela (viruela loca) Esta vacuna se necesita sólo si el niño no ha tenido la varicela.					
¿Ha tenido el niño la varicela? Marque el cuadro adecuado y anote el año si lo sabe. <input type="checkbox"/> Sí, a __ (no necesita la vacuna) <input type="checkbox"/> No, no tengo seguridad (necesita la vacuna)					

Requisitos

Haz referencia al requisitos de nivel de edad / categoría el año escolar en curso para determinar si este estudiante cubre los requisitos.

Fechas de Cumplimiento y Renuncias

Si Su Hijo Cumple Con Todos Los Requisitos (firme en el paso 5 y entregue este formulario a la escuela)
----- 0 -----

Si Su Hijo NO CUMPLE Con Todos Los Requisitos
Marque la casilla adecuada, firma al paso 5 y entregue este formulario a la escuela. **Por favor note que los estudiantes parcialmente inmunizados pueden ser excluidos de la escuela si un brote de una de estas enfermedades ocurre.**

Aunque mi hijo no ha recibido todas las dosis de las vacunas requeridas, ha recibido por lo menos la primera dosis de cada vacuna. Tengo entendido que la segunda dosis debe ser recibida por el 90 día de la escuela después de la admisión para la escuela este año, y que la tercera dosis y cuarta dosis si requerir deben ser recibidas por el 30 día de la escuela el próximo año. También tengo entendido que es mi responsabilidad de notificar la escuela por escrito cada vez que mi niño recibió una dosis o requería vacuna.

Nota: Si no cumple con el programa y no notificar la escuela podría resultar en la acción del tribunal y una multa de hasta \$25.00 por cada día de incumplimiento.

Las Renuncias (Anote en el en el Paso 2 las vacunas que haya recibido)

Por razones de salud este niño no recibirá las siguientes vacunas _____

_____ Firma del médico _____ Fecha firma

Por razones religiosas este niño no recibirá las vacunas.

Por razones personales este niño no recibirá las vacunas.

Firma

Este formulario se ha completado en forma fidedigna de acuerdo a mi conocimiento.

_____ Firma de padre (madre) Guardián o custodio legal _____ Fecha firma