



St. Catherine's Academy

215 N. Harbor Blvd, Anaheim, CA 92805
714-772-1363 • 714-772-3004 Fax
admissions@stcatherinesacademy.org

Verificación de Vacunas

DEBE SER LLENADA POR EL DOCTOR DE SU HIJO

Estimados Padres: Por favor llenen la siguiente sección y lleve esta forma de verificación de vacunas al medico regular de su hijo. Anexe una copia a color del esquema/cartilla de vacunación de su hijo.

APELLIDO DEL ESTUDIANTE		NOMBRE DEL ESTUDIANTE		FECHA DE NACIMIENTO MES / DÍA / AÑO	GRADO QUE SOLICITA
FIRMA DEL DOCTOR		FECHA		SELLO OFICIAL DEL DOCTOR	
NOMBRE DEL DOCTOR					
EMAIL DEL DOCTOR (EN CASO QUE NECESITEMOS CLARIFICACION)					
NUMERO DE TELÉFONO DEL DOCTOR		NUMERO DE FAX DEL DOCTOR			

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Es un requisito del Departamento de Salud del Estado de California que todo niño muestre un comprobante de vacunas antes de ingresar a la escuela. Este formulario debe ser llenado en su totalidad por su medico familiar. Por favor anexe una copia legible, del esquema/cartilla de vacunas. Si tiene alguna pregunta o requiere información adicional, por favor llame a Deisy al 714-772-1363 o por email: admissions@stcatherinesacademy.org

DE ACUERDO CON LA LEY ESTATAL, NO PODEMOS PERMITIR QUE SU HIJO ASISTA A CLASES SI NO HEMOS RECIBIDO EVIDENCIA DE LAS VACUNAS.

Las fechas deben ser anotadas del siguiente formato: MES/DÍA/AÑO (ej. 12/12/09).

VACUNAS	FECHA EN QUE SE ADMINISTRO LA VACUNA/REFUERZO					
	1ra.	2da.	3ra.	4ta.	5ta.	Refuerzo
POLIO (OPV o IPV)	Mes/Día/Año / /	Mes/Día/Año / /	Mes/Día/Año / /	Mes/Día/Año / /	Mes/Día/Año / /	
DTP/DTAP/DT/TD difteria, tétano, y pertusis(accelular) o tétano y difteria solamente	Mes/Día/Año / /	Mes/Día/Año / /	Mes/Día/Año / /	Mes/Día/Año / /	Mes/Día/Año / /	Mes/Día/Año / /
TOSFERINA	Es un requisito que todo niño ingresando al grado 7 y 8 tengan la vacuna antes de iniciar clases. Sin excepciones. La fecha tiene que ser AL CUMPLIR EXACTAMENTE 7 AÑOS O DESPUÉS.					Mes/Día/Año / /
MMR sarampión, paperas, rubeola	Mes/Día/Año / /	Mes/Día/Año / /				
HEPATITIS A sarampión, paperas, rubeola	Mes/Día/Año / /	Mes/Día/Año / /	Mes/Día/Año / /			
HEPATITIS B	Mes/Día/Año / /	Mes/Día/Año / /	Mes/Día/Año / /			
VARICELA o edad de contagio	Fecha de la vacuna →	Mes/Día/Año / /	Mes/Día/Año / /	Edad de contagio →		