

## REGISTRO DE VACUNACIÓN ESCOLAR DE UTAH

Este registro es parte del registro escolar permanente del estudiante (carpeta acumulativa) como se define en la Sección 53G-9-306 del Código Estatutario de Utah. Una escuela de la cual un estudiante se transfiere proporcionará el registro de vacunación del estudiante a la nueva escuela del estudiante a solicitud de la persona legalmente responsable del estudiante. El Departamento de Salud de Utah y los departamentos de salud locales tendrán acceso a este registro. Este registro de vacunación se puede ingresar en el Sistema de Información de Inmunización del Estado de Utah (USIIS).

### Información del estudiante

Nombredel niño \_\_\_\_\_ Género  Masculino  femenino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_

### Información sobre vacunas

VACCI	Grabar el mes día & año cada Vacuna era dado.				
	1°	2°	3°	4°	5°
DTaP, DIP, DT, Id, Idap (D-diftheria, T-Tétanos, P-Pertussis, aP-tos ferina acelular)					
Tdap (administrado después de los 7 años de edad)					
<b>Poliomielitis (IPV u OPV)</b>					
<b>Haemophilus influenzae tipo b (Hib)</b>					
Neumocócico					
<b>Sarampión , paperas y rubéola (MMR)</b> 1° cierre debe ser recibido en o antes lhe 1° cumpleaños					
<b>Hepatitis B (VHB)</b>					
<b>Varicela (varicela)</b> 1° dosis debe recibirse el día o antes de que 1° cumpleaños.					
<b>Hepatitis A (VHA)</b> Debe ser recibido en o antes lhe 1° cumpleaños.					
<b>Meningocócica</b>					

estudiante He revisado los registros disponibles y, a mi leal saber y entender, este estudiante ha recibido las vacunas anteriores.

**Authorized Signatyoure:** \_\_\_\_\_

\*si el estudiante tiene inmunidad contra las vacunas requeridas, la declaración del proveedor de atención médica debe adjuntarse a este registro.

**El registro de vacunación recibido para este estudiante es de:**       un registro estatal  
 Escuela anterior del alumno D  
 D persona legalmente responsable del

**SCHOOL USE ONLY:**

**J. Exemption was granted for:**

D Medical reason (Expires on: \_\_\_\_\_)

D Religious belief D Personal belief

• If the medical exemption is temporary, enter date.

**2. Proof of Immunity (history of disease): This student has proof of immunity for the following antigen (s):**

- MMR
- Haemophilus influenza type b (Hib)
- Polio       Pneumococcal
- Tdap       Varicella (Chickenpox)
- DTaP       Meningococcal
- Hepatitis A    Hepatitis B

**\*If the student has past history of disease for any of the vaccines, the student must submit healthcare provider documentation. If the student has past history of disease for any combination vaccines such as MMR, the student must submit healthcare provider documentation for each antigen.**

Utah Department of Health  
Division of Disease Control & Prevention Immunization Program Rev. 07/2018 [www.immunize-utah.org](http://www.immunize-utah.org)  
(801 )-538-9450