



HEALTH and WELLNESS SERVICES

# Registro de Vacunación

**A COMPLETAR POR LOS PADRES** \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante (apellido(s), nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Género:  M  F Dirección \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del Padre, Madre o Tutor \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

**VARICELA:**

Sí, mi hijo ha tenido la varicela. Fecha de la varicella \_\_\_\_\_

No, mi hijo no ha tenido la varicela.

EL HABER RECIBIDO LAS VACUNAS ES UN REQUISITO PARA LA INSCRIPCIÓN. La ley del estado de Indiana requiere que los niños en edad escolar hayan recibido todas las vacunas. Por favor, pídale a su médico de cabecera que complete el siguiente registro de vacunación o traiga una copia del registro de inmunización más reciente a la escuela de su hijo. Note que la ley prescribe la expulsión de la escuela por no cumplir con el requisito de vacunación, a menos que los padres remitan una declaración de objeción por escrito.

**TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/CLINIC** \_\_\_\_\_

**DATE(S) OF IMMUNIZATION/TEST**

DTP/DTap				
Td				
OPV				
IPV				
MMR #1	<i>Or</i>	Measles		
MMR #2		Mumps		
		Rubella		

Hepatitis A		
Hepatitis B		
Varicella		
MCV4		
Men B		
Other		

Has had chickenpox Date \_\_\_\_\_

Type \_\_\_\_\_

Most recent TB Result \_\_\_\_\_

Health care provider's signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_