



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 varicela _____

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 _____