



# South Bend Community School Corporation Notice for Immunization for All Student Enrollment

**TO BE COMPLETED BY PARENT:**

Student's name (*last, first*) \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 SEX:  M  F Street Address \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_

**CHICKENPOX DISEASE:**

YES, my child has had chickenpox. Date of Chickenpox \_\_\_\_\_  
 NO, my child has not had chickenpox

*IMMUNIZATIONS ARE REQUIRED AT TIME OF ENROLLMENT.* Completed immunizations are required by Indiana State Law for all school children. Please have your health care provider record your child's immunization history below or return a copy of the most current immunization record to your child's school. Note that the law provides for exclusion from school for failure to comply with the immunization requirement, unless a parent submits a written statement of objection.

**TO BE COMPLETED BY PROVIDER/CLINIC:**

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

DTap				
Td				
OPV				
IPV				
MMR #1		Measles Hx		
MMR #2	OR	Mumps Hx		
		Rubella Hx		
Hepatitis A				
Hepatitis B				
Varicella				
Tdap				
Meningococcal MCV4				
Other				
Most recent TB Test		Result:		

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

Healthcare Provider's signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Printed Name: \_\_\_\_\_



# South Bend Community School Corporation

## 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.

**A COMPLETAR POR EL MÉDICO O CLÍNICA (TO BE COMPLETED BY PROVIDER/CLINIC):**

**FECHA(S) DE LA VACUNA O PRUEBA**

DTAP (difteria, tétanos, tos ferina)					
Td (tétanos-difteria)					
OPV (vacuna oral contra el polio)					
IPV (vacuna contra el polio inactiva)					
MMR #1			Measles HX (Sarampión)		
MMR #2	OR		Mumps Hx (Paperas)		
			Rubella Hx (Rubéola)		
Hepatitis A (Vacuna Hep A)					
Hepatitis B (Vacuna Hep B)					
Varicella (Varicela)					
Tdap (Tetanus, diphtheria acellular pertussis)					
Meningococcal MCV4 (Vacuna contra el meningococo)					
Other (Otra)					
Most recent TB Test (Tuberculosis más reciente)					

Ha tenido la varicela. Fecha \_\_\_\_\_

Result (tipo): \_\_\_\_\_

Healthcare Provider's signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_