

Escuelas de Pickerington

## Requisitos de vacunación para los alumnos que ingresan a 12. ° grado

De acuerdo con el Departamento de Salud de Ohio, todos los estudiantes que ingresan a 12. ° grado deben presentar documentación que indique que recibieron las dos dosis de la vacuna **antimeningocócica (MCV4)** para que se les permita asistir a la escuela en otoño. Debe administrarse una dosis después de que el alumno cumpla 16 años. Si la primera dosis de MCV4 se administró el día en que el alumno cumplió 16 años o después, no necesita una segunda dosis.

Si no se presentó el comprobante de vacunación durante el año en que el alumno estaba en 11.°, la documentación de vacunación requerida se deberá presentar durante las Jornadas de bienvenida antes de que su hijo reciba su horario escolar.

Puede llevarle este formulario a su médico para utilizarlo como documentación de esta vacuna o puede presentar un informe de vacunación con las fechas de ambas vacunas. Devuelva esta documentación a la enfermera de la escuela de su hijo lo antes posible. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la enfermera de la escuela o con nuestra coordinadora de servicios médicos:

- **Central High School:** Rhonda Carmel, enfermera escolar. Comuníquese al teléfono 614-548-1800, fax 614 408-2502 o al correo electrónico [rhonda\\_carmel@plsd.us](mailto:rhonda_carmel@plsd.us)
- **North High School:** Marni Dreher, enfermera escolar. Comuníquese al teléfono 614-830-2700, fax 614-408-2524 o al correo electrónico [marnia\\_dreher@plsd.us](mailto:marnia_dreher@plsd.us)
- **Pickerington Alternative School:** Marcia Stewart, coordinadora de servicios médicos. Comuníquese al teléfono 614-835-2017, fax 614-408-2515 o al correo electrónico [marcia\\_stewart@plsd.us](mailto:marcia_stewart@plsd.us)
- Marcia Stewart, coordinadora de servicios médicos. Comuníquese al teléfono 614-835-2017, fax 614-408-2515 o al correo electrónico [marcia\\_stewart@plsd.us](mailto:marcia_stewart@plsd.us)

---

### Documentación médica de la vacuna

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Primera dosis de MCV4: \_\_\_\_\_ Segunda dosis de MCV4: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Consigne el nombre del médico en letra de imprenta o con un sello: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_