

Formulario de consentimiento para la inmunización

El estado de Connecticut exige que los niños sean vacunados contra ciertas enfermedades transmisibles como condición para asistir a la escuela.

Las siguientes inmunizaciones son requeridas por ley para el ingreso escolar:

DTaP, MMR, Polio, Varicela, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib, Neumocócica

- Requeridas antes de comenzar el jardín de infancia (kindergarten)

Meningitis y Tdap (así como cualquier vacuna requerida que no se haya administrado previamente; consulte las vacunas mencionadas anteriormente)

- Requeridas antes de ingresar al Séptimo grado

(La vacuna contra el HPV no es obligatoria para la escuela; solo se recomienda. Se trata de una serie de 2 a 3 dosis, según la edad de su hijo).

Por favor, seleccione la(s) vacuna(s) que desea que el APRN del SBHC administre:

- ☐ DTaP
- ☐ MMR
- ☐ Polio
- ☐ Varicela
- ☐ Hepatitis A
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Hib
- ☐ Neumocócica
- ☐ Meningitis
- ☐ Tdap
- ☐ HPV

Doy mi consentimiento para que el enfermero especialista del Centro de Salud Escolar administre las inmunizaciones mencionadas anteriormente a mi hijo.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____