

Requisitos de vacunación para los alumnos que ingresan a 7. ° grado

De acuerdo con el Departamento de Salud de Ohio, todos los estudiantes que ingresan a 7.° grado deben presentar un comprobante de vacunación contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (vacuna **Tdap**) y contra la enfermedad meningocócica (vacuna **MCV4**). Puede llevarle esta carta a su médico para utilizarla como documentación de estas vacunas 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 no se presenta durante el año escolar de 6.° grado, deberá enviar esta información a la escuela secundaria a la que asistirá su hijo antes del comienzo del próximo año escolar. Las enfermeras de la escuela media enviarán toda la documentación recibida sobre la vacunación a las enfermeras de la escuela secundaria a finales de este año.

Su estudiante no podrá comenzar la escuela hasta que se tenga en archivo la documentación de la vacuna requerida o un formulario de exención firmado.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la enfermera de la escuela o con nuestra coordinadora de servicios médicos:

- **Diley Middle School:** Aarika Breckenridge, enfermera escolar. Comuníquese al teléfono 614- 830-2900, fax 614 408-2502 o al correo electrónico aarika_breckenridge@plsd.us
- **Harmon Middle School:** Liz Moody-Ganoom, enfermera escolar. Comuníquese al 614-835-2000, fax 614-408-2515 o al correo electrónico elizabeth_moody-ganoom@plsd.us
- **Toll Gate Middle School:** Caitlyn DeShane, enfermera escolar. Comuníquese al teléfono 614- 834-6400, fax 614-834-6420 o al correo electrónico caitlyn_deshane@plsd.us
- Marcia Stewart, coordinadora de servicios médicos. Comuníquese al 614-835-2017 o al correo electrónico marcia_stewart@plsd.us

Documentación médica de la vacuna

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento _____

Fecha de la vacuna Tdap: _____ Fecha de la vacuna MCV4: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

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

Teléfono: _____ Fax: _____