



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

	FECHA(S) DE LA VACUNA O PRUEBA				
DTP/DTAP (difteria, tétanos, tos ferina)					
Td (tétanos-difteria)					
OPV (vacuna oral contra el polio)					
IPV (vacuna contra el polio inactiva)					
MMR 1		o	Sarampión	_____	
MMR 2			Paperas	_____	
			Rubéola	_____	
Hepatitis A					
Hepatitis B					
Varicela			___ Ha tenido la varicela. Fecha _____		
DTAP para adolescentes					
Vacuna contra el meningococo para adolescentes					
Otra			Tipo _____		
Tuberculosis más reciente			Tipo _____	Resultado _____	

Firma del profesional de la salud _____ Fecha _____