

Requisitos Inmunológicos (vacunas)

Nombre del estudiante ----- Edad ----- Fecha -----

Nombre del padre/guardián -----

Dirección del padre/guardián -----

Escuela ----- Grado ----- Año escolar -----

La siguiente lista indica las vacunas y las inyecciones de refuerzo necesarios para que su hijo/a cumpla con los requisitos del estado de Indiana. Favor de devolver el impreso relleno y firmado por su médico a la escuela antes de poder ser aceptado como matriculado en las Escuelas de la Comunidad de Lake Station. Según costa en la ley IC 20-8.1-7-9.5 con vigencia del 1 de julio de 1999.

Favor de Indicar mes/día/año

	Fecha de Administrar	Fecha de Administrar	Fecha de Administrar	Fecha de Administrar	Fecha de Administrar
DPT	#1	#2	#3	#4	#5
Polio	#1	#2	#3	#4	
MMR	#1	#2			
Hepatitis B	#1	#2	#3		
Varicella	#1	O fecha que tuvo la varicela	Or date of disease		

Firma de padre/guardián ----- Fecha -----

Otras vacunas -----

Oficial de Salud ----- Fecha -----

Dirección del oficial ----- Teléfono -----

Firma del médico ----- Fecha -----

Dirección del médico ----- Teléfono -----

Por ser administradas: Fechas que espera sean administradas las vacunas.

	Fecha de Administrar	Fecha de Administrar	Fecha de Administrar	Fecha de Administrar	Fecha de Administrar
DPT	#1	#2	#3	#4	#5
Polio	#1	#2	#3	#4	
MMR	#1	#2			
Hepatitis B	#1	#2	#3		
Varicella	#1	O fecha que tuvo la varicela	Or date of disease		

Immunization schedule approved by:

Fechas de las vacunas aprobadas por el/la firmante: -----