AVISO SOBRE VACUNAS NECESARIAS

Estimado Padre de Familia/Tutor de:_____

Nuestros archivos muestran que su niño necesita la(s) siguiente (s) para cumplir con los requistos de las Secciones 120325-120375 del Código de Salud y Seguridad de la Ley de Vacunación Escolar de California:

VACUNA:	LA(S) DOSIS QUE FALTA(N) MARCADA(S) ABAJO:				
POLIO	#1	#2	#3	#4	
DTP/DTaP/DT/Td	#1	#2	#3	#4	#5
MMR	#1	#2			
Hib (solamente guarderías/preescolar)	#1	#2	#3	#4	
HEPATITIS B	#1	#2	#3		
VARICELA	#1	#2			

USTED NECESITA HACER UNA DE LAS SIGUIENTES COSAS INMEDIATAMENTE:

1. Lleve esta forma junto con la tarjeta de vacunas amarilla de California de su niño con su doctor o al departamento de salud local para recibir la(s) vacuna(s) necesarias. Después tráiganos la tarjeta de vacunas al corriente de su niño.
2. Si la tarjeta de vacunas de su niño muestra que ya recibió esta(s) vacuna(s), tráiganos la tarjeta para que podamos poner al corriente nuestros archivos. La tarjeta de su niño debe incluír la fecha de la(s) vacuna(s) mar cada(s) arriba y la firma o sello de su doctor .
3. Si las vacunas están en contra de sus creencias personales, por favor venga a la escuela/ guardería para firmar la declaración de exención.
4. Si su niño no recibió alguna vacuna por razones médicas, por favor traiga una carta firmada por su doctor.

De acuerdo con la ley estatal, no podemos permitir que su niño asista a la escuela/ guardería a menos que recibamos evidencia de que los requisitos mencionados arriba han sido cumplidos para esta fecha: _____.

Si tiene alguna pregunta o requiere información adicional, por favor llame _____.

Atentamente,