

AVISO DE VACUNAS NECESARIAS

Estimado Padre/Tutor de: _____

Nuestros archivos indican que su hijo/a necesita la siguiente vacuna(s) para cumplir los requisitos de la Ley de Vacunación Escolar de California, Código de Salud y Seguridad Secciones 120325-120375:

VACUNA	DOSIS QUE LE HACEN FALTA MARCADAS ABAJO:					FECHA DE ENTREGA
Polio	<input type="checkbox"/> #1	<input type="checkbox"/> #2	<input type="checkbox"/> #3	<input type="checkbox"/> #4		_____
DTaP (Tdap o Td si tiene 7 años de edad o más)	<input type="checkbox"/> #1	<input type="checkbox"/> #2	<input type="checkbox"/> #3	<input type="checkbox"/> #4	<input type="checkbox"/> #5	_____
MMR	<input type="checkbox"/> #1	<input type="checkbox"/> #2				_____
Hib (guardería/preescolar solamente)	<input type="checkbox"/> #1	<input type="checkbox"/> #2	<input type="checkbox"/> #3	<input type="checkbox"/> #4		_____
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> #1	<input type="checkbox"/> #2	<input type="checkbox"/> #3			_____
Varicela	<input type="checkbox"/> #1	<input type="checkbox"/> #2				_____
Tdap (para 7° a 12° grado)	<input type="checkbox"/> #1					_____

USTED NECESITA TOMAR UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES PASOS INMEDIATAMENTE:

1. Si su hijo/a ya ha recibido todas vacunas marcadas anteriormente, tráiganos el comprobante de inmunización para que podamos actualizar nuestros archivos. El comprobante de su hijo/a debe incluir la fecha en que le pusieron la(s) vacuna(s) marcada(s) arriba y el nombre del doctor o la clínica.
2. Si su hijo/a no ha recibido todas las vacunas marcadas anteriormente, lleve este formulario junto con el comprobante de inmunización de su hijo/a a su doctor o al departamento de salud local para obtener la(s) vacuna(s) marcada(s) anteriormente. Tráiganos el comprobante de inmunización actualizado de su hijo/a después de cada cita de hasta que haya recibido todas las vacunas requeridas.
3. Si su hijo/a no recibió cualquiera de estas vacunas por razones médicas, por favor tráiganos un formulario de exención médica emitido por su doctor (médico con licencia válida de California MD DO) a través del sitio web CAIR-Medical Exemption.

De acuerdo con la ley de California, no podemos permitir que su hijo/a ingrese a la escuela a menos de que recibamos prueba de que los requisitos anteriores se cumplan antes de esta fecha: _____

Para obtener más información sobre los requisitos de vacunación de pre-kínder (cuidado infantil o preescolar) para la escuela, visite www.shotsforschool.org. Si tiene alguna pregunta o necesita más información, por favor llame _____.

Atentamente,