

LAS ESCUELAS DE RIVERSIDE
AVISO DE INMUNIZACIÓN

NOMBRE DE ESTUDIANTE _____ FECHA _____

ESCUELA _____ GRADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

QUERIDO PADRES, La Ley de Inmunización del estado de Ohio requiere que todos los estudiantes deben ser inmunizados. Por favor, devuelva este formulario con una prueba escrita de inmunización del médico.

A. INMUNIZACIÓN

EL REQUISITO

_____ **DTP/DTaP/DT/TD/Tdap**
(difteria, tétanos, y pertusis)

K cinco dosis requeridas para kinder si la cuarta dosis se administró antes del cuarto cumpleaños

1-12 cuatro dosis

Debe indicar mes/día/año

DTaP: _____

7-12 se requiere una dosis de Tdap

Debe indicar mes/día/año

Tdap: _____

_____ **VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA**
(IPV, OPV)

K-12 tres o más dosis, la dosis final debe ser después del cuarto cumpleaños

Debe indicar mes/día/año

_____ **SARAMPIÓN, PAPERAS y RUBÉOLA (MMR)**

K-12 dos dosis requeridas, dadas en o después del primer cumpleaños, la segunda dosis debe ser al menos 28 días después de la primera dosis

Debe indicar mes/día/año

_____ **HEPATITIS B**

K-12 Se requieren 3 dosis; la segunda dosis debe ser 28 días después de la primera dosis. La tercera dosis debe administrarse al menos 16 semanas después de la primera dosis y 8 semanas después de la segunda dosis. La tercera dosis no debe administrarse antes de que el niño tenga 24 semanas de edad.

Debe indicar mes/día/año

_____ **VARICELA**

K-9 dos dosis deben administrarse antes de inscribirse en la escuela. La primera dosis debe ser después del primer cumpleaños. La segunda dosis debe administrarse 3 meses después de la primera dosis. Sin embargo, si la segunda dosis se administra al menos 28 días después de la primera dosis, se considerará válida.

Debe indicar mes/día/año

_____ **VACUNA ANTIMENINGOCÓCICA 7-10** una dosis dada antes de la inscripción en la escuela

Grado 12 dos dosis dadas antes de la inscripción. Si la primera dosis se administró después de los 16 años del niño, NO se requiere una segunda dosis

.Debe indicar mes/día/año _____

B. **FECHA** _____ **FIRMA DE MÉDICO** _____

FIRMA DE PADRE O TUTOR _____

C. **INMUNIZACIONES** Las vacunas están disponibles de su propio médico o se pueden obtener del Departamento de Salud del Condado de Lake con cita previa. Llame al (440) 350-2554 para hacer una cita. **LLEVE ESTE FORMULARIO CON USTED.** Los estudiantes pueden estar exentos de los requisitos de inmunización si presentan una declaración escrita de que se oponen a las vacunas debido a razones religiosas u otras razones de buena causa. Un estudiante también puede estar exento si presenta una declaración por escrito de un médico que indica que la inmunización contra una enfermedad en particular está médicamente contraindicada.

Firma de la enfermera de la escuela _____

SIGNATURE OF SCHOOL NURSE/AIDE

Firma del director de la escuela _____

SIGNATURE OF SCHOOL PRINCIPAL

