

AVISO DE VACUNAS NECESARIAS

Estimado Padre/Tutor de: _____

Nuestros archivos indican que su hijo/a necesita la(s) siguiente(s) vacuna(s) para cumplir con 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: | | | | |
|--|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 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 las 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 aún 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 vacunación 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 o 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) o para la escuela, visite www.shotsforschool.org.

Si tiene alguna pregunta o necesita más información, por favor llame al _____.

Atentamente,