

Immunization Referral

Student's Name: _____

Estimado(a) Padre/Madre:

Conforme a el expediente en la escuela, las vacunas de su hijo(a) no cumplen con los requisitos que son establecidos por los Códigos de Educación, Salud y Seguridad.

Por favor lleve esta forma y la tarjeta de vacunas con el doctor(a) de su hijo(a), o al departamento de salud publico, para que su hijo(a) reciba las vacunas requeridas, las cuales son marcadas abajo.

Immunizations Needed	Date Given	Immunizations Needed	Date Given
DtaP <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	_____
DT <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	_____	HIB <input type="checkbox"/> 1	_____
Polio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	_____	HEP B <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	_____
Chicken Pox (<i>Varicella</i>) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	_____	HEP A <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	_____
PPD <input type="checkbox"/> 1	_____	MCV4 <input type="checkbox"/> 1	_____
Tdap <input type="checkbox"/> 1	_____		

Despues de que su hijo(a) haiga obtenido la cauna, por favor regrese esta forma a la escuela.

Signature of M.D. or R.N. _____ Date: _____

For additional information, please call _____ on (*nurse available*) M T W Th F between the hours of _____ and _____.

SCHOOL STAMP

School Nurse

Date je 03.10.14

Immunization Referral

Student's Name: _____

Estimado(a) Padre/Madre:

Conforme a el expediente en la escuela, las vacunas de su hijo(a) no cumplen con los requisitos que son establecidos por los Códigos de Educación, Salud y Seguridad.

Por favor lleve esta forma y la tarjeta de vacunas con el doctor(a) de su hijo(a), o al departamento de salud publico, para que su hijo(a) reciba las vacunas requeridas, las cuales son marcadas abajo.

Immunizations Needed	Date Given	Immunizations Needed	Date Given
DtaP <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	_____
DT <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	_____	HIB <input type="checkbox"/> 1	_____
Polio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	_____	HEP B <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	_____
Chicken Pox (<i>Varicella</i>) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	_____	HEP A <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	_____
PPD <input type="checkbox"/> 1	_____	MCV4 <input type="checkbox"/> 1	_____
Tdap <input type="checkbox"/> 1	_____		

Despues de que su hijo(a) haiga obtenido la cauna, por favor regrese esta forma a la escuela.

Signature of M.D. or R.N. _____ Date: _____

For additional information, please call _____ on (*nurse available*) M T W Th F between the hours of _____ and _____.

SCHOOL STAMP

School Nurse

Date je 03.10.14