

Tippecanoe School Corporation



REGISTRO DE VACUNAS O ENFERMEDADES PARA
KINDERGARTEN O PRIMER AÑO DE PRIMARIA
Estudiantes de Nuevo Ingreso

Llene esta forma

Regresar a la escuela el día de inscripciones

ES UNA LEY DEL ESTADO DE INDIANA QUE LA ESCUELA TENGA UN REPORTE DE VACUNACIÓN DE CADA ESTUDIANTE EN ARCHIVO

Nombre del Estudiante, Fecha de nacimiento, Nombre de los Padres, Dirección, Nombre del Médico, Fecha reciente de examen médico, Nombre del Dentista, Fecha reciente de examen dental, Nombre del Oculista, Fecha reciente de examen de la vista, Hospital de preferencia, Anteojos? Si_No

LAS SIGUIENTES VACUNAS SON UN REQUISITO LEGAL. FAVOR DE ESPECIFICAR EL MES, DÍA Y AÑO. POR FAVOR PROPORCIONE UNA COPIA DEL REGISTRO DE VACUNAS DE SU HIJO DE LA OFICINA DE SU PEDIATRA O DEL DEPARTAMENTO DE SALUD.

DTaP/DTP/DT 1)_2)_3)_4)_5)_
(DIFTERIA, TOS FERINA, TETANO)
POLIO (OPV/IPV) 1)_2)_3)_4)_5)_

MMR 1)_ MMR 2)_ OR
MEASLES (RUBEOLA) 1)_2)_
MUMPS (PAPERAS) 1)_2)_
RUBELLA 1)_2)_

(PRIMERA DOSIS DE: MMR/ MEASELS, MUMPS, RUBELLA DEBE ESTAR AL CORRIENTE O ADMINISTRADA DESPUÉS DEL PRIMER AÑO DE EDAD).

HEPATITIS A 1)_2)_
HEPATITIS B 1)_2)_3)_
VARICELLA 1)_2)_

HAS HAD CHICKENPOX? SI: Fecha: NO:

VACUNAS EN NEGRITA DEBEN SER AL CORRIENTE ANTES DE ENTRADA AL ESCUELA

H.I.B. VACUNA 1)_2)_3)_4)_
T.B. Test Tipo (Prueba de la Tuberculosis) RESULTADOS

SI SU HIJO(A) HA PADECIDO LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, ESPECIFIQUE LA FECHA, SI ES POSIBLE.

Alergias (lista)
Asma Convulsiones
Diabetes Fiebre Escarlatina
Mononucleosis Neumonía
Infecciones crónicas de oído Enfermedades del corazón
Otras no mencionadas
Medicamentos que se administran por el momento

Favor de indicar al reverso de esta forma, si existe alguna condición médica la cual necesite atención especial

Firma del Padre o Guardián / Fecha