



2017-2018

Vacunas Requeridas por Ley de Ohio

505 S. Ludlow St. Dayton, OH 45402 | Teléfono de la clínica: (937) 461-3740 ext 227, Fax: (937) 461-6091

Favor de compartir la siguiente información sobre las vacunas de su hijo/a.

TODAS LAS FECHAS DEBEN INCLUIR EL MES, DÍA y AÑO. Las fechas o series de vacunas incompletas no serán aceptadas. CJ reserva el derecho de excluir a cualquier estudiante si no han recibido la documentación completa de las vacunas antes de la tercera semana de clases.

Fecha de hoy: _____

Nombre estudiante: _____ Fecha de nacimiento _____

DTP o Td o Tdap (Difteria, Tos Ferina, Tétano) REQUERIDA (4 dosis o más, con refuerzos cada 10 años después de la serie inicial)

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

Refuerzo de Tdap para grados 9-11 (incluye protección de la Tos Ferina) _____

Polio (OPV o IPV) REQUERIDA (3 dosis o más)

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

MMR (Sarampión, Paperas, Rubeola) REQUERIDA

1. _____ 2. _____

Hepatitis B- REQUERIDA

1. _____ 2. _____ 3. _____

Varicela (Recomendada)

1. _____ (Vacuna inicial) 2. _____ (Refuerzo) **Q** Fecha que tuvo Varicela _____

Menactra (Recomendada)

1. _____

El récord de vacunas se puede obtener directamente de su doctor familiar o de la Clínica de Vacunas de Salud Pública de Dayton y Condado de Montgomery. El número de la clínica es 225-4550. Favor de llevar el récord de vacunas de su hijo/a consigo a la clínica. **Cualquier estudiante con el récord de vacunas incompleto será excluido de la escuela después de 14 días de clase por la seguridad de los demás estudiantes.**

¿Preguntas? Favor de llamar a la enfermera de CJ al 461-3740 ext. 227.