



# South Bend Community School Corporation Notice for Immunization for All Student Enrollment

**TO BE COMPLETED BY PARENT**

Student's name (*last, first*) \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEX:  M  F Street Address \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_

**CHICKENPOX DISEASE:**

YES, my child has had chickenpox. Date of Chickenpox \_\_\_\_\_

NO, my child has not had chickenpox

*IMMUNIZATIONS ARE REQUIRED AT TIME OF ENROLLMENT* Completed immunizations are required by Indiana State Law for all school children. Please have your family physician record your child's immunization history below or return a copy of the most current immunization record to your child's school. Note that the law provides for exclusion from school for failure to comply with the immunization requirement, unless a parent submits a written statement of objection.

**TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/CLINIC** \_\_\_\_\_

DATE(S) OF IMMUNIZATION/TEST

DTP/DTap					
Td					
OPV					
IPV					
MMR #1			Measles		
MMR #2		Or	Mumps		
			Rubella		
Hepatitis A					
Hepatitis B					
Varicella					
Tdap					
Meningococcal MCV4					
Other			Type _____		
Most recent TB			Type _____		

Has had chickenpox Date \_\_\_\_\_

Result: \_\_\_\_\_

Healthcare Provider's signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# South Bend Community School Corporation Registro de vacunación

## A COMPLETAR POR LOS PADRES

Nombre del estudiante (apellido(s), nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Género:  M  F Dirección \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

**VARICELA:**

Sí, mi hijo ha tenido la varicela. Fecha de la varicela \_\_\_\_\_

No, mi hijo no ha tenido la varicela.

**EL HABER RECIBIDO LAS VACUNAS ES UN REQUISITO PARA LA INSCRIPCIÓN.** La ley del estado de Indiana requiere que los niños en edad escolar hayan recibido todas las vacunas. Por favor, pídale a su médico de cabecera que complete el siguiente registro de vacunación o traiga una copia del registro de inmunización más reciente a la escuela de su hijo. Note que la ley prescribe la expulsión de la escuela por no cumplir con el requisito de vacunación, a menos que los padres remitan una declaración de objeción por escrito.

## A COMPLETAR POR EL MÉDICO O CLÍNICA

### FECHA(S) DE LA VACUNA O PRUEBA

DTP/DTAP (difteria, tétanos, tos ferina)					
Td (tétanos-difteria)					
OPV (vacuna oral contra el polio)					
IPV (vacuna contra el polio inactiva)					
MMR #1			Sarampión		
MMR #2		o	Paperas		
			Rubéola		
Hepatitis A					
Hepatitis B					
Varicela					
				<input type="checkbox"/> Ha tenido la varicela. Fecha _____	
DTAP para adolescentes					
Vacuna contra el meningococo para adolescentes					
Otra				Tipo _____	
Tuberculosis más reciente				Tipo _____	Resultado _____

Firma del profesional de la salud \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_