

Lake Hamilton School District
Acuerdo de Salud y Vacunación

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRADO _____

PADRES/TUTORES: _____

DIRECCION: _____ Ciudad _____ CP _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Todos los estudiantes deben cumplir con el siguiente calendario de vacunación (De acuerdo con el Departamento de Salud de Arkansas):

4 dosis de DTP / DT / DTaP or TD - La última dosis se administra en o después del cuarto cumpleaños del niño.

3 dosis de POLIO /OPV / IPV - La última dosis se administra en o después del cuarto cumpleaños del niño.

2 dosis de MMR – La primera dosis se administra después del 1er año de edad.

1 dosis de Hepatitis A – Administrada antes del Kindergarten.

3 dosis de Hepatitis B

2 dosis de Varicella – El historial médico de la enfermedad se acepta en lugar de la vacuna.

1 dosis de Tdap – A partir de los 11 años de edad.

2 dosis de MCV4 (meningococcal) – La primera dosis en el Séptimo Grado y la segunda dosis a los 16 años.

****Examen Físico de Kindergarten**

* Los estudiantes exentos de vacunas por razones médicas, religiosas o filosóficas deben proporcionar a la escuela la documentación apropiada. Los padres deben ponerse en contacto con el Director Médico, División de Enfermedades Transmisibles, del Departamento de Salud de Arkansas, el teléfono 1-501-661-2000 para comenzar el proceso de exención. Cada año se debe proporcionar a la enfermera de la escuela un nuevo documento de exención.

**** Estoy de acuerdo en cumplir con los requisitos de la LEY ESTATAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y EDUCACIÓN DE ARKANSAS con respecto a los registros de vacunación / salud. Me doy cuenta de que soy responsable de la transferencia de los registros de salud de la escuela anterior de mi hijo y, si no están completos, tengo 30 días para cumplir con las regulaciones establecidas por la ley Arkansas. Entiendo que la inscripción de mi hijo (a) no estará completa hasta que se reciba esta información y a él / ella NO se le permitirá continuar su inscripción después de dicha fecha. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar a la enfermera de la escuela de su hijo, a su propio proveedor de atención médica o al Departamento de Salud del Condado de Garland al 624-3394.**

Immunizations/Health Requirements Lacking:

Firma de Padres o Tutor

Fecha de Hoy

Fecha Limite