



# CERTIFICADO DE INMUNIZACIONES

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ Sexo: Mujer Varon

ESCUELA: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

**LA LEY DEL ESTADO DE NY EXIGE QUE CADA ESTUDIANTE QUE ASISTE A CLASES ESTA IMUNIZADO/A CON LAS SIGUIENTES IMUNIZACIONES OBLIGATORIAS (en gris)**

Vaccine		Date/Vaccine type	Vaccine		Date/Vaccine type
<b>Hepatitis B</b>	<b>1</b>		<b>Measles Mumps Rubella</b>	<b>1</b>	
(e.g.: HepB, HepB-Hib,	<b>2</b>		(primer sarampion despues del	<b>2</b>	
DTaP-HepB-IPV)	<b>3</b>		<b>Varicella</b>	<b>1</b>	
				<b>2</b>	
<b>Diptheria, Tetanus</b>	<b>1</b>		<b>Hepatitis A</b>	<b>1</b>	
<b>Pertussis</b>	<b>2</b>			<b>2</b>	
(e.g.: DTaP, DT, DTaP-Hib,	<b>3</b>		<b>Influenza</b>	<b>1</b>	
DTaP-HepB-IPV, Td)	<b>4</b>			<b>2</b>	
<b>Tdap</b>			<b>Other</b>		
Obligatorio para entrar al					
grado 6-11					
<b>Polio</b>	<b>1</b>		<b>Pnuemococcal</b>	<b>1</b>	
(e.g.: IPV, DTaP-HepB-IPV)	<b>2</b>		Nacido despues de 1/1/2008 y	<b>2</b>	
	<b>3</b>		PreK	<b>3</b>	
				<b>4</b>	
<b>Haemophilus</b>	<b>1</b>		<b>Meningococcal</b>		
<b>Influenza type b</b>	<b>2</b>				
(solo PreK)	<b>3</b>				
	<b>4</b>				

Proof of Immunity		Check One	
Test (if done)	Date of Test	Positive	Negative
Measles	/ /		
Mumps	/ /		
Rubella	/ /		
Varicella*	/ /		
Hepatitis B	/ /		
* Must also check Chickenpox History box			

Chickenpox History
<input type="checkbox"/> Indique si la persona tiene historia de varicella certificado por su medico privado La historia tiene que ser a base de: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Interpretacion de un medico de la historia de sintomas presentadas por los padres</li> <li><input type="radio"/> Diagnosis medica de varicella, o</li> <li><input type="radio"/> Prueba de sangre que confirme inmunidad</li> </ul>

I certify that this immunization information was transferred from the above-named individual's medical records.

Physician/Practitioner Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Signature: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

**STAMP**