



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	
Hepatitis B (eg: HepB, HepB-Hib, DTaP-HepB-IPV)	1	Measles Mumps Rubella (primer sarampion despues del primer cumpleaños)	1	
	2		2	
	3	Varicella Dos dosis para Kindergarten	1	
Diphtheria, Tetanus Pertussis (eg: DTaP, DT, DTaP-Hib, DTaP-HepB-IPV, Td)	1	Hepatitis A	1	
	2		2	
	3	Influenza	1	
4	2			
Tdap Obligatorio para entrar al grado 6-12	1	Other		
Polio (eg: IPV, DTaP-HepB-IPV)	1		Pnuemococcal Nacido después de 1/1/2008 y PreK	1
	2			2
	3	3		
	4	4		
Haemophilus Influenza type b (solo preK)	1	Meningococcal (MenACWY) Grados 7,8 y 12	1	
	2		2	
	3			
	4			

Prueba de Inmunidad		Marque Una	
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"> <input type="radio"/> Interpretacion de un medico de la historia de sintomas presentadas por los padres <input type="radio"/> Diagnosis medica de varicella, o <input type="radio"/> Prueba de sangre que confirme inmunidad

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

Physician/Practitioner name: _____ Date: ____ / ____ / ____ .

Signature _____ .

STAMP

Address: _____ .