

## UMATILLA-MORROW HEAD START, INC. REVISIÓN DE INMUNIZACIONES

Estimados Padres/Guardián de: \_\_\_\_\_

Es la póliza de UMCHS que cada niño debe cumplir con los requerimientos de inmunizaciones mínimas antes de entrar en el programa. Al tiempo de la matricula una Forma de Estado de Inmunizaciones (CIS) es completada para cada niño. En Head Start el estado de inmunización de cada niño es evaluado. Esta carta es para informarle a usted de las necesidades de inmunizaciones de su niño basado en información que usted nos reportó en la forma CIS de su niño. Se ha encontrado que al presente su niño tiene el siguiente estado de inmunización.

- Las vacunas no están completas, faltan "están vencidas." Se necesitan las siguientes vacunas para que su niño este al corriente:

Vacuna que contenga Difteria/Tétano	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Vacuna de la Polio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
Vacuna de Hemofilia Influenza b	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
Vacuna de Sarampión, MR o MMR	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
Varicela (Viruela Loca)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			

El niño será "Excluido" de servicios en el salón de clase a causa de las vacunas que faltan:

Si     No    La Exclusión tomara efecto en, Febrero 18, 2015\_\_\_\_\_.

- Su niño necesita recibir las siguientes vacunas en o después de las siguientes fechas. (Anotar la primera fecha que el niño puede recibir la próxima vacuna en cada serie.)

Fecha _____	Vacuna que contenga Difteria/Tétano	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fecha _____	Vacuna de la Polio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
Fecha _____	Vacuna de Hemofilia Influenza b	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
Fecha _____	Hepatitis B	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
Fecha _____	Vacuna de Sarampión, MR o MMR	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
Fecha _____	Varicela (Viruela Loca)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
Fecha _____	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			

- Una Excepción Medica activa esta en efecto.
- Una Excepción Activa No-Medica esta en efecto.
- Va a necesitar antes de entrar al Kindergarten.
- Las inmunizaciones están completas para entrar al Kindergarten.
- Otro, \_\_\_\_\_.

Quando la programación de vacunas este al "corriente," favor de avisar a su Visitante de Hogar para actualizar su forma de CIS.

Inmunizaciones revisadas por, \_\_\_\_\_ Fecha, \_\_\_\_\_