

NOTICE OF IMMUNIZATIONS NEEDED

Dear Parent/Guardian of: _____

Our records show that your child needs the following immunization(s) (shots) to meet the requirements of the California School Immunization Law, Health and Safety Code Sections 120325-120375:

| VACCINE | MISSING DOSE(S) MARKED BELOW: | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Polio | <input type="checkbox"/> #1 | <input type="checkbox"/> #2 | <input type="checkbox"/> #3 | <input type="checkbox"/> #4 | |
| DTaP (Tdap or Td if age 7 years or older.) | <input type="checkbox"/> #1 | <input type="checkbox"/> #2 | <input type="checkbox"/> #3 | <input type="checkbox"/> #4 | <input type="checkbox"/> #5 |
| MMR | <input type="checkbox"/> #1 | <input type="checkbox"/> #2 | | | |
| Hib (child care/preschool only) | <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 | | |
| Varicella (chickenpox) | <input type="checkbox"/> #1 | <input type="checkbox"/> #2 | | | |
| Tdap (for 7th–12th grade) | <input type="checkbox"/> #1 | | | | |

YOU NEED TO DO ONE OR MORE OF THE FOLLOWING IMMEDIATELY:

1. If your child has already received all of these immunizations marked above, bring us the immunization record so that we can update our files. Your child's record must include a date for the immunizations checked above and the doctor's/clinic's name.
2. If your child has not already received all of the immunizations marked above, bring this form along with your child's immunization record to your doctor or local health department to get the immunization(s) marked above. Bring us your child's updated immunization record after every immunization visit until all of the required immunizations have been received.
3. If any of these immunizations were not given to your child because of medical reasons, please bring us a medical exemption letter signed by your child's doctor (MD or DO licensed in California).

According to state law, we cannot allow your child to attend unless we receive evidence that the above requirements are met by this date: _____

For more information on pre-kindergarten (child care or preschool) and school immunization requirements, visit www.shotsforschool.org.

If you have any questions or require additional information, please call _____.

Sincerely,

AVISO DE VACUNAS NECESARIAS

Estimado Padre/Tutor de: _____

Nuestros archivos indican que su hijo/a necesita la(s) siguiente(s) vacuna(s) para cumplir con los requisitos de la Ley de Vacunación Escolar de California, Código de Salud y Seguridad Secciones 120325-120375:

| VACUNA | DOSIS QUE LE HACEN FALTA MARCADAS ABAJO: | | | | |
|--|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Polio | <input type="checkbox"/> #1 | <input type="checkbox"/> #2 | <input type="checkbox"/> #3 | <input type="checkbox"/> #4 | |
| DTaP (Tdap o Td si tiene 7 años de edad o más) | <input type="checkbox"/> #1 | <input type="checkbox"/> #2 | <input type="checkbox"/> #3 | <input type="checkbox"/> #4 | <input type="checkbox"/> #5 |
| MMR | <input type="checkbox"/> #1 | <input type="checkbox"/> #2 | | | |
| Hib (guardería/preescolar solamente) | <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 | | |
| Varicela | <input type="checkbox"/> #1 | <input type="checkbox"/> #2 | | | |
| Tdap (para 7° a 12° grado) | <input type="checkbox"/> #1 | | | | |

USTED NECESITA TOMAR UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES PASOS INMEDIATAMENTE:

1. Si su hijo/a ya ha recibido todas las vacunas marcadas anteriormente, tráiganos el comprobante de inmunización para que podamos actualizar nuestros archivos. El comprobante de su hijo/a debe incluir la fecha en que le pusieron la(s) vacuna(s) marcada(s) arriba y el nombre del doctor o la clínica.
2. Si su hijo/a aún no ha recibido todas las vacunas marcadas anteriormente, lleve este formulario junto con el comprobante de inmunización de su hijo/a a su doctor o al departamento de salud local para obtener la(s) vacuna(s) marcada(s) anteriormente. Tráiganos el comprobante de inmunización actualizado de su hijo/a después de cada cita de vacunación hasta que haya recibido todas las vacunas requeridas.
3. Si su hijo/a no recibió cualquiera de estas vacunas por razones médicas, por favor tráiganos una carta firmada por su doctor (médico licenciado en California MD o DO).

De acuerdo con la ley de California, no podemos permitir que su hijo/a ingrese a la escuela a menos de que recibamos prueba de que los requisitos anteriores se cumplan antes de esta fecha: _____

Para obtener más información sobre los requisitos de vacunación de pre-kínder (cuidado infantil o preescolar) o para la escuela, visite www.shotsforschool.org.

Si tiene alguna pregunta o necesita más información, por favor llame al _____.

Atentamente,