

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 matrícula 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 reporto 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	1	2	3	4	5
Vacuna de la Polio	1	2	3	4	
Vacuna de Hemofilia Influenza b	1	2	3	4	
Hepatitis B	1	2	3		
Vacuna de Sarampión, MR o MMR	1	2			
Varicela (Viruela Loca)	1	2			
Hepatitis A	1	2			

El niño sera "Excluido" de servicios del salon de clase a causa de vacunas que faltan:

Si No La Exclusión tomara efecto en, _____.

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

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

Una Excepción Medica activa esta en efecto.

Una Excepción Religiosa esta en efecto.

Las inmunizaciones están completas para entrar al Kindergarten.

Otro, _____.

Cuando 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, _____