

ESCUELAS PÚBLICAS DE ALBUQUERQUE
APS
Albuquerque, Nuevo México

Fecha _____

PARA: Padre o Tutor de _____

Escuela _____

ASUNTO: INMUNIZACIÓN DEL ESTUDIANTE

DE ACUERDO CON LAS LEYES DE INMUNIZACIÓN DEL ESTADO DE NUEVO MÉXICO, SU HIJO NO PODRÁ INSCRIBIRSE O CONTINUAR ASISTIENDO A LA ESCUELA A MENOS DE QUE COMPLETE Y PUEDA PRESENTAR UNA VERIFICACIÓN A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA DE HABER RECIBIDO LAS VACUNAS (marcadas en la gráfica). LE ROGAMOS QUE ACTÚE INMEDIATAMENTE.

NECESITA	TIPO DE VACUNA	FECHAS ANTERIORMENTE ADMINISTRADA
	Difteria-Tétanos-Tos ferina	
	Difteria, Tétanos (menos de 7 años de edad)	
	Tétanos-Difteria (más de 7 años de edad)	
	Poliomielitis Oral	
	IPV (Inyección Poliomielitis)	
	Sarampión, Paperas, Sarampión Alemán (MMR)	
	Hemófilo Influenza B (HIB)	
	Hepatitis B	
	Varicela	
	Objeción Médica / de Conciencia	

Por favor llame a su proveedor principal de servicios médicos para mayor información. Lleve consigo a la cita su registro de vacunas.

La verificación (prueba) de que su niño ha recibido estas vacunas se puede hacer en esta forma o en el registro de vacunas por la persona que haya administrado dichas vacunas. Esta forma o el registro de vacunas deberá ser luego presentado a la escuela. Si su hijo(a) no ha recibido las vacunas necesarias pero tiene una cita para recibirlas, proporcionele a la enfermera de la escuela la fecha y la hora de dicha cita.

Esta verificación se debe presentar a más tardar el _____
Fecha

Le agradecemos su cooperación en este asunto.

Atentamente,

Director(a)

La enfermera de la escuela

Teléfono