

NOTICE OF IMMUNIZATIONS NEEDED

Dear Parent/Guardian of: _____

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

Vaccine:	Doses:	Comments:
POLIO	#1 #2 #3 #4	
DTP/DTaP/DT/Td	#1 #2 #3 #4 #5	
MMR	#1 #2	
Hib (childcare/ preschool)	#1 #2 #3 #4	
HEPATITIS B	#1 #2 #3	
VARICELLA (chickenpox)	#1 #2	

YOU NEED TO DO ONE OF THE FOLLOWING IMMEDIATELY:

1. Take this form, along with your child's yellow California Immunization Record, to your doctor or the local health department to get needed immunization(s). Then bring us your child's updated immunization record so that we may update the student's file.
2. If your child's current immunization record shows (s)he has already received these immunization(s), bring us the record so we can update our files. For the immunizations circled above, your child's record must include a date and the medical provider's signature or stamp to verify each missing or unacceptable dose.
3. If immunizations are against your personal beliefs, please come to school/child care to sign the exemption statement.
4. If any immunizations were not given to your child because of medical reasons, please bring us a letter signed by your doctor.

According to state law, unless we receive evidence that the above requirements are met by _____, YOUR CHILD WILL BE EXCLUDED from school/ child care.

month / day / year

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

Sincerely,

AVISO SOBRE VACUNAS NECESARIAS

Estimado Padre de Familia/Tutor de: _____

Nuestros archivos muestran que su niño necesita la(s) siguiente (s) vacuna(s) para cumplir con los requisitos de las Secciones 120325-120375 del Código de Salud y Seguridad de la Ley de Vacunación Escolar de California:

Vacuna:	Dosis:	Comentario:
POLIO	#1 #2 #3 #4	
DTP/DTaP/DT/Td	#1 #2 #3 #4 #5	
MMR	#1 #2	
Hib (guarderías/ pre k)	#1 #2 #3 #4	
HEPATITIS B	#1 #2 #3	
VARICELA	#1 #2	

USTED NECESITA HACER UNA DE LAS SIGUIENTES COSAS INMEDIATAMENTE:

1. Lleve esta forma junto con la Tarjeta de Vacunas Amarilla de California de su niño con su doctor o al departamento de salud local para recibir la(s) vacuna(s) necesarias. Después traiganos la tarjeta de vacunas al corriente de su niño.
2. Si la tarjeta de vacunas de su niño muestra que él o ella ya recibió esta(s) vacuna(s), traiganos la tarjeta para que podamos poner al corriente nuestros archivos. La tarjeta de su niño debe incluir la fecha de la(s) vacuna(s) marcada(s) arriba y la firma o sello de su doctor para hacer valida cada dosis.
3. Si las vacunas están en contra de sus creencias personales, por favor venga a la escuela/guardería a firmar la declaración de exención de vacunación.
4. Si su niño no recibió alguna vacuna por razones médicas, por favor traiga una carta firmada por su doctor en la cual se explique porque no puede recibir ciertas vacunas.

De acuerdo con la ley estatal, no podemos permitir que su niño asista a la escuela/guardería a menos que recibamos evidencia de que los requisitos mencionados arriba han sido cumplidos *antes de esta fecha*: _____.

(mes / día / año)

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

Atentamente,