

**KELLENBERG MEMORIAL HIGH SCHOOL**

1400 GLENN CURTISS BOULEVARD

UNIONDALE, NY 11553

TELEFONO (516) 292 - 0200 FAX (516) 292 -0877

**FECHAS DOCUMENTADAS DE IMMUNIZACIONES**

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado a cursar en septiembre del 2021: \_\_\_\_\_

DPT, Dtap: \_\_\_\_\_

Tdap Booster: \_\_\_\_\_ (estudiantes de 11 años o mayores entrando al 6to grado)

POLIO: \_\_\_\_\_

MMR: 1# \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ o Titer \_\_\_\_\_

Hepatitis B: #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_

Vacuna contra la Varicela: #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ o enfermedad documentada por un doctor \_\_\_\_\_

Hib: \_\_\_\_\_

Vacuna antimeningocócica: MEN ACWY: #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ (estudiantes entrando al 7mo y al 12vo grado)

Firma del doctor: \_\_\_\_\_

Sello médico:

Fecha: \_\_\_\_\_

**EN LUGAR DE ENVIAR ESTE FORMULARIO, LOS PADRES PUEDEN ENVIAR UN REPORTE MÉDICO DE LAS IMMUNIZACIONES RECIBIDAS. EL FORMULARIO DEBE ESTAR FIRMADO Y SELLADO CON LAS CREDENCIALES DEL DOCTOR.**