

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.