

Departamento Escolar de Johnston

10 Memorial Avenue
Johnston, RI 02919

Fecha: _____

Estudiante: _____

Estimado Padre:

Por favor, tenga en cuenta que todos los niños entrando en las escuelas en el estado de Rhode Island se les requieren tener las siguientes vacunas:

- **Tres dosis** de la vacuna contra la **Hepatitis B**
- **Dos dosis** de vacuna contra la **varicela (viruela)** o un certificado médico indicando a su hijo tuvo varicella
- **Dos dosis** de la vacuna contra **el sarampión** preferiblemente que contenga la vacuna MMR
- **Una dosis** de la vacuna contra **el Polio** (edad apropiada) y de **DPT**
- **Todos los niños** entrado a la escuela por primera vez también se le requiere tener un **examen físico**

Según nuestros registros de salud, su niño necesita lo siguiente:

DPT _____

MMR _____

Hep B _____

Polio _____

Varicella _____

Examen Físico (en el último año) _____

Nivel de Plomo _____

Necesitamos evidencia escrita del médico de su niño para actualizar la información de las vacunas. Usted debe proveer las fechas completas (mes, día, año) de las vacunas. Usted puede traer esta información en cualquier momento al Departamento Escolar de Johnston.

Sino presenta pruebas de vacunas su niño será excluido automáticamente del proceso de registración.

Gracias de antemano por su colaboración.