

## Referral Notice Of Inadequate Immunization for School/Child Care

Student Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

School/Child Care \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Our records show that your child has not received all immunizations required for school/child care attendance by Arizona State Law (A.R.S. §15-872). The immunization doses required now are circled or highlighted.

**Attention School/Child Care Staff: Please write in the dates of all doses already listed on the child's record.**

Vaccine Type	Doses					
	1st	2nd	3rd	4th	5th	6th
<b>DTaP/DTP/DT</b> (Diphtheria, Tetanus, Pertussis) Provider/Clinic Name	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
<b>Td</b> (Tetanus, Diphtheria) Provider/Clinic Name	/ /	/ /	/ /	/ /		
<b>IPV</b> (Polio) Provider/Clinic Name	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
<b>MMR</b> (Measles, Mumps, Rubella) Provider/Clinic Name	/ /	/ /	/ /			
<b>Hib</b> (Haemophilus influenzae type b) (Required up to age 5) Provider/Clinic Name	/ /	/ /	/ /	/ /		
<b>Hepatitis B</b> Provider/Clinic Name	/ /	/ /	/ /	/ /		
<b>Varicella (Chicken pox)</b> Provider/Clinic Name	/ /	/ /	/ /			
<b>Hepatitis A</b> (Required in Maricopa County preschool/child care only) Provider/Clinic Name	/ /	/ /	/ /			
<b>Tdap</b> (Tetanus, Diphtheria, Pertussis) Provider/Clinic Name	/ /					
<b>Meningococcal</b> Provider/Clinic Name	/ /	/ /				

### To Comply With Arizona Law, You Must Do One Of The Following:

**By This Date:** \_\_\_\_\_

1. If your child has already received the necessary immunization(s), bring his or her immunization record to school. The record must show the child's name, date of birth, the date that all doses were received, and the name of the physician or health agency who administered the vaccine.
2. If your child has not received the necessary immunizations, **take your child's immunization record and this form to your physician or local health department to get required immunization(s) and/or records. Then bring this form and the updated record back to school/child care.**
3. *Exemptions to immunization requirements are available.* If immunizations are against your religious or personal beliefs, you must complete, sign and return an exemption statement to the school/child care center. If any immunization(s) cannot be given for medical reasons, or there is laboratory evidence of immunity, you must submit a medical exemption signed by a physician. A copy of the lab results must be submitted along with the exemption form.

By state law, your child will not be allowed to attend school until either a record of the above immunization(s) or an acceptable exemption statement is submitted. If you have questions or need additional information, please call:

\_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_  
 (Name of contact person at school or child care center) (Phone number of school or child care center)

## Aviso De Inmunizacion Inadecuada Para Guarderias Y Escuelas

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ (mes, dia, año)

Escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ (mes, dia, año)

Los registros de la escuela indican que su hijo no ha recibido todas las vacunas que actualmente se requieren por ley estatal para matricularse en la guardería, el jardín de niños o la escuela (A.R.S. §15-872). Las vacunas que su hijo todavía necesita se indican con un círculo.

**Attention School/Child Care Staff: Please write in the dates of all doses already listed on the child's record.**

Tipo De Vacuna	Dosis					
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
<b>DTaP/DTP/DT</b> (Difteria, Tétanos, Tos ferina) Nombre del médico/clínica	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
<b>Td</b> (Tétanos, Difteria) Nombre del médico/clínica	/ /	/ /	/ /	/ /		
<b>IPV</b> (Polio) Nombre del médico/clínica	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
<b>MMR</b> (Sarampión, Paperas, Rubéola) Nombre del médico/clínica	/ /	/ /	/ /			
<b>Hib</b> (Haemophilus influenzae tipo b) (Sólo se requiere antes de los 5 años) Nombre del médico/clínica	/ /	/ /	/ /	/ /		
<b>Hepatitis B</b> Nombre del médico/clínica	/ /	/ /	/ /	/ /		
<b>Varicela</b> Nombre del médico/clínica	/ /	/ /	/ /	/ /		
<b>Hepatitis A</b> (si se requiere) Requerido en la preescolar/guardería sólo de Condado de Maricopa Nombre del médico/clínica	/ /	/ /				
<b>Tdap</b> (Tétanos, Difteria, Tos ferina) Nombre del médico/clínica	/ /					
<b>Meningococicas</b> Nombre del médico/clínica	/ /	/ /				

### Para Acatar La Ley De Arizona, Ud. Tiene Que Cumplir Con Uno De Los Requisitos

**Siguientes Antes Del:** \_\_\_\_\_

1. Si su hijo ya ha recibido las vacunas necesarias, traiga su libro de vacunas a la escuela. El libro tiene que enseñar el nombre del niño, la fecha de nacimiento, la fecha en la que se recibieron todas las dosis, y el nombre del médico o de la clínica donde se administraron las vacunas.
2. Si su hijo no ha recibido las vacunas necesarias, **llévele a él, su libro de vacunas y este papel al médico, departamento de salud del condado, o una clínica para que le den los registros necesarios o se le vacunen al niño. Después, traiga este papel y su libro de vacunas actualizado a la escuela.**
3. *Es posible pedir una exención a los requisitos de inmunización.* Si la inmunización va en contra de sus creencias religiosas o personales, Ud. debe rellenar y firmar la solicitud correcta y devolverla a la escuela/guardería. Si a su hijo no se le puede vacunar por motivos médicos, Ud. debe entregar a la escuela/guardería un papel, firmado por un médico. *Una copia de el resultado del laboratorio debera de someterse junto con la forma de exención.*

Por ley estatal, a su hijo no se le permitirá matricularse en la escuela hasta que Ud. haya entregado ó un registro de las vacunas indicadas arriba ó una solicitud admisible de exención. Si Ud. tiene preguntas o necesita más información sobre este asunto, favor de llamar a:

\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(Nombre de contacta a persona en el centro de la escuela o la guardería) (Número de teléfono del centro de la escuela o la guardería)