



FORMULARIO DE INSCRIPCION K-12)

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____
Escuela _____ Fax de la Escuela _____

A esta fecha _____ las siguientes inmunizaciones son requeridas antes que su hijo/a pueda entrar a las Escuelas del Condado Berkeley. Padres/Representantes de estudiantes inscribiéndose para Kindergarten deben proveer a la escuela evidencia de las inmunizaciones listadas abajo. Los estudiantes no podrán empezar la escuela sin antes completar el registro de inmunizaciones.

TIPO DE VACUNA

REQUERIMIENTO

DPT 1° _____
(Difteria, 2° _____
Pertussis, 3° _____
Tetano) 4° _____

Serie de 4 con la primera después del 4° cumpleaños

POLIO) 1° _____
2° _____
3° _____

Serie de 3 con la primera dosis después del 4° cumpleaños

MMR
(Sarampion, 1° _____
Paperas, y 2° _____
Rubeola)

Serie de 2 vacunas, la primera dosis debe ser dada después del primer cumpleaños. La segunda un mes después o más.

VARICELA 1° _____
2° _____

Debe ponerse en el 1° cumpleaños o inmediatamente después. La 2° depende de la edad del niño

HEP B 1° _____
2° _____
3° _____

Serie de 3. La 3° no es valida si se administra antes de 24 semanas/6 meses de edad.

ADOLECENTES

MCV4) 1° _____
(Meningococcal !
Conjugate !
Vacuna) !

7° grado – 1 dosis requerida para **TODOS**
12° grado – 2° dosis requerida si la 1° fue dada antes de los 16 años. **Requerida para todos.**

Tdap 1° _____
(Tetano/ !
Difteria Tox/ !
Acell Pertussis !

7° grado – 1 dosis requerida para **TODOS**
12° grado- 1 dosis requerida si no se tomo a los años o después. **(Requerida para todos)**

REVISIONES DE SALUD (Nueva recomendación del Estado)

Revision de Salud _____
Revision Dental _____
TUBERCULINA _____
PRUEBA EN PIEL _____

Para **Kindergarten, 2° grado, 7° grado**
Para **Kindergarten, 2° grado, 7° grado**
SOLO se requiere si el estudiante viene de un **país de alto riesgo.** (Una lista ha sido preparada por el Departamento de Salud del Condado Berkeley como la lista mas confiable de países que requieren una prueba de TB.)
Debe ser de la Oficina de Registros del Estado donde nacio el niño. (Copias del Hospital o del Condado **NO** son validas)

PARTIDA DE NACIMIENTO _____

PRUEBA DE RESIDENCIA _____

Ej.: Recibo de servicio publico, hipoteca !
contrato de arrendamiento, etc. con nombre y dirección. !

El Departamento de Salud del Condado Berkeley, 122 Waverly Court, Martinsburg, WV 25403, !
Tel. 304-263-5131 ofrece inmunizaciones. **Por favor contáctelos para hacer una cita y lleve los registros de inmunización de su hijo/a.**

La Ley **NO** provee ninguna excepción por razones de religión o conciencia. !

Firma de los Padres _____ !