KETTERING FAIRMONT HIGH SCHOOL
DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE KETTERING
3301 Shroyer Road
KETTERING, OHIO 45429

Estudiante _____ Fecha _____

Estimado(a) padre, madre o tutor:

Al reverso de este formulario se incluyen los requisitos para la asistencia escolar del Departamento de vacunación sanitaria (*Department of Health Immunization*) de Ohio. El registro de vacunación de su hijo(a) ha sido revisado y se encuentra incompleto por las siguientes razones:

_____ La(s) siguiente(s) vacuna(s) es/son necesaria(s).

_____ No existe ningún registro en el archivo.

_____ Las fechas de las vacunas están incompletas. Es necesario indicar el día, el mes y el año.

_____ La copia del registro de vacunación no es legible.

_____ Otra razón _____

Por favor contacte a su médico o su clínica para obtener la(s) vacuna(s) necesaria(s). La constancia escrita de las vacunaciones debe incorporarse al archivo de la escuela antes del _____. El no proporcionar los registros podría ocasionar la modificación de servicios o la expulsión de su hijo(a) de la escuela. Agradecemos su pronta respuesta. Por favor llame a la enfermera escolar si tiene alguna duda o si necesita ayuda.

_____
Enfermera escolar

Vacunas y fechas:

Tipo	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	4ª dosis	5ª dosis
DTaP/DTP/DT/Td					
Poliomielitis (especificar vacuna oral o inactivada)					
Vacuna triple viral (sarampión, paperas y rubéola, o MMR en inglés)					
Hepatitis B					
Varicela					
HIB (*Haemophilus influenzae* tipo B)					

Firma del proveedor de atención médica autorizado _____ Fecha _____

Nombre del proveedor de
atención médica autorizado *en letra de molde* _____

Dirección y teléfono del proveedor
de atención médica autorizado _____

_____

凯特林费尔蒙特中学

凯特林市学区

俄亥俄州，凯特林市

谢罗耶路3301号，邮编45429

学生姓名　　日期

尊敬的家长/监护人：

俄亥俄州卫生免疫署要求将学生的出勤情况在此表格的背面予以概述。我们已经对您孩子的免疫接种记录进行了评估，发现有些信息尚不完整，原因如下：

- 免疫记录需要完善处如下所示。
- 记录没有存档。
- 免疫记录日期不完整。日期必须按照日月年的格式填写。
- 免疫记录副本不清晰。
- 其他

请联系您的医生或诊所，以获取符合要求的免疫接种记录。免疫接种的书面文件必须由_____在学校办公室存档。未能提供此记录可能会导致学校拒绝接收您的孩子或造成所享受的服务发生改变。感谢您的快速回复。如果有任何问题或需要帮助，请致电学校护理处。

_____

学校护理处

免疫接种及日期：

类型	第一次接种	第二次接种	第三次接种	第四次接种	第五次接种
含非细胞性百日咳疫苗成分之三合一疫苗/白喉破伤风百日咳混合疫苗/白喉破伤风混合疫苗/破伤风减量白喉混合疫苗					
波洛（特指口服性疫苗					

مدرسة كيترنج فيرمونت الثانويةمنطقة مدرسة كيترنج سيتي 3301
شارع شرويز
كيترنج، أوهايو 45429

التاريخ الطالب

عزيزي ولي الأمر / الوصي:

متطلبات التطعيم الخاصة بوزارة الصحة بأوهايو للحضور بالمدرسة واردة في الجانب المقابل من هذه الاستمارة. تم استعراض سجل التطعيم الخاص بطفلك ويعد غير كامل للأسباب التالية:

التطعيم (التطعيمات) المطلوب كما تم ذكره أدناه.

لا يوجد أي سجل في الملف.

تواريخ التطعيمات غير كاملة. يلزم كتابة اليوم والشهر والعام.

نسخة سجل التطعيمات غير واضحة.

أخرى

يرجى الاتصال بالطبيب الخاص بك أو بالعيادة للحصول على التطعيم (التطعيمات) المطلوب. يجب أن يرفق توثيق التطعيمات المكتوب في ملف بمكتب المدرسة . قد ينتج عن عدم تقديم السجلات تغيير في الخدمات التي تقدم لطفلك أو استبعاده من المدرسة. نشكركم على استجابتكم السريعة. يرجى الاتصال بممرضة المدرسة للاستفسار عن أي سؤال أو لطلب المساعدة.

ممرضة المدرسة

التطعيمات والتواريخ:

النوع	الجرعة الأولى	الجرعة الثانية	الجرعة الثالثة	الجرعة الرابعة	الجرعة الخامسة
Td/DT /DTP/DTaP					
شلل الأطفال (تحديد OPV (مصل شلل الأطفال عن طريق الفم) أو IPV (مصل شلل الأطفال بالحقن))					
MMR (الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية)					
التهاب الكبد الوبائي ب					
الحماق (جدري الماء)					
Hib					

التاريخ توقيع المزود الطبي الحاصل على ترخيص

اسم المزود الطبيالمطبوع الحاصل على ترخيص

عنوان المزود الطبي الحاصل على ترخيص ورقم الهاتف الخاص به