

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE COLD SPRING HARBOR

En el momento de la inscripción se debe presentar el certificado de nacimiento o pasaporte del niño y una copia del examen físico actual.

CERTIFICADO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Name _____ Sex _____ Birth Date _____ Grade _____

Confirmación de HISTORIAL DE **VACUNACIÓN**: En cumplimiento con la ley del estado de Nueva York, este formulario debe ser completado por el médico para todos los estudiantes en el momento de la entrada. Se requiere mes/día/año.

Fecha Fecha Fecha Fecha Fecha

Fecha Fecha Fecha Fecha Fecha

Fecha
Vacuna contra la poliomielitis (IPV/OPV) _____

Vacuna contra la difteria y el
toxóide tetánico y la vacuna
contra la tos ferina
(DTaP/DTP/Tdap) _____

Vacuna que contiene
toxóide antitetánico y
diférico y refuerzo de la
vacuna contra la tos ferina
(Tdap)

Vacuna contra el
sarampión, las paperas y
la rubéola (MMR) _____ Fecha Fecha

Vacuna contra la hepatitis B _____
Fecha Fecha Fecha Fecha

Vacuna contra la varicela _____
Fecha Fecha

Meningocócica

Fecha Fecha

Firma del médico

Fecha