

SAN LORENZO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Departamento de Servicios Especiales

H-11b (S)

AVISO DE INMUNIZACION NECESARIA

Fecha de la noticia _____

Para el año escolar 2011-12 solamente, todos los estudiantes que ingresan al 7° al 12° grado necesitarán un comprobante de la vacuna de refuerzo contra la tos ferina para adolescentes (Tdap) antes de comenzar la escuela en agosto.

FAVOR DE LLEVAR ESTA CARTA A SU DOCTOR O CLINICA, OBTENER LA INMUNIZACION, Y REGRESARLA A LAS OFICINAS ESCOLARES ANTES DEL 24 DE AGOSTO 2011.

DESPUES DE ESTA FECHA, SI NO HEMOS RECIBIDO PRUEBA DE LA INMUNIZACION NECESARIA, SU HIJO/A NO SERA PERMITIDO ASISTIR A LA ESCUELA.

LAS INMUNIZACIONES ESTAN DISPONIBLES EN LAS OFICINAS DE SU DOCTOR O EN LAS SIGUIENTES CLINICAS:

CLINICAS AGENCIAS DE SERVICIOS PARA SALUD DE SANTA CRUZ: (Llame para una Cita / Cobro)

Clínica de Watsonville:	9 Crestview Drive, Watsonville (831) 763-8400
Clínica de Santa Cruz:	1060 Emeline Street, Santa Cruz (831) 454-4100

INMUNIZACION REQUERIDA: Tdap después

Nombre del alumno/a _____ Escuela corriente _____

Fecha de nacimiento _____ Escuela en el **año proximo** _____

Medical provider: please provide documentation and date of Tdap Booster below:

Fecha del inyección _____ DOCTOR O CLINICA QUE INMUNIZA _____

FIRMA/ESTAMPILA

Escrito en CAIR? Si / No