



HEALTH SERVICES & PROGRAMS

POMONA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

800 S Garey Avenue, P.O. Box 2900, Pomona, California 91766 Phone: (909) 397-4648, ext. 28352

Fecha: _____

Estimado padre de: _____

Hemos revisado el archivo de vacunación de su hijo(a) y muestra que a su hijo(a) carece las siguientes vacunas recomendadas:

_____ Tdap (tétano, difteria y tos ferina). Si su hijo(a) recibió la DTP a los 7 años de edad o después de los 7 años en lugar de Tdap, esta dosis también puede ser considerada como una dosis válida para este requisito.

_____ Hepatitis A

_____ MCV-4 (Meningocócica) para edades de 11 años o más

_____ Varicela (si su hijo(a) nunca ha tenido la enfermedad de la varicela)

_____ HPV (virus del Papiloma Humano) para niñas de edades de 11 años o más

Yo recomiendo que su hijo(a) reciba las vacunas arriba mencionadas con el fin de estar completamente vacunado(a). Favor de traer a la escuela una copia de la cartilla de vacunación de su hijo(a) en cuanto las vacunas estén actualizadas.

Atentamente,

Enfermera Escolar

Escuela

SECTION 5