

STUDENT IMMUNIZATION RECORD

Instructions to Parent: Complete and return to school within **30 days after admission**. State law requires all public and private school students to present written evidence of immunization against certain diseases **within 30 school days of admission**. The current age/grade specific requirements are available from schools and local health departments. These requirements can only be waived if a properly signed health, religious or personal conviction waiver is filed with the school. The purpose of this form is to measure compliance with the law and will be used for that purpose only. If you have questions regarding immunizations, or how to complete this form, contact your child's school or local health department.

Step 1

Personal Data

Please Print

Student's Name	Birthdate (MM/DD/YYYY)	Gender	School	Grade	School Year
Name of Parent/Guardian/Legal Custodian		Address (Street, City, State, ZIP Code)		Phone Number	

Step 2

Immunization History

List the **month, day, and year** your child received each of the following immunizations. If you do not have an immunization record for this student, contact your doctor or public health department to obtain it. You may also use the Wisconsin Immunization Registry:
<https://www.dhfs.wisconsin.gov/immunization/registry/>

Type of Vaccine*	First Dose MM/DD/YYYY	Second Dose MM/DD/YYYY	Third Dose MM/DD/YYYY	Fourth Dose MM/DD/YYYY	Fifth Dose MM/DD/YYYY
DTaP/DTP/DT/Td (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)					
Adolescent booster (Check appropriate box) ☐ Tdap ☐ Td					
Polio					
Hepatitis B					
MMR (Measles, Mumps, Rubella)					
Varicella (Chickenpox) Vaccine					
Meningococcal (serogroup ACWY)					

Students with a reliable history of varicella disease are not required to receive the varicella vaccine. Signature from physician, physician assistant, or advanced nurse prescriber required.

☐ I attest that this student has a reliable history of varicella disease,

SIGNATURE – Health Care Provider Date Signed

Has your child had a blood test (titer) that shows immunity (had disease or previous vaccination) to any of the following? Check all that apply.

☐ Varicella ☐ Measles ☐ Mumps ☐ Rubella ☐ Hepatitis B

If **yes**, provide laboratory report(s)

Step 3

Requirements

Refer to the age/grade level requirements for the current school year to determine if this student meets the requirements.

Step 4

Compliance Data

Student Meets All Requirements

Sign at Step 5 and return this form to school.

Or

Student Does Not Meet All Requirements

Check the appropriate box below, sign at Step 5, and return this form to school. **Please note that incompletely immunized students may be excluded from school if an outbreak of one of these diseases occurs.**

☐ Although my child has **not** received **all** the required doses of vaccine, the **first dose(s)** has/have been received. I understand that the **second dose(s)** must be received by the 90th school day after admission to school this year, and that the **third dose(s)** and **fourth dose(s)** if required must be received by the 30th school day next year. I also understand that it is my responsibility to notify the school in writing each time my child receives a dose of required vaccine.

Note: Failure to stay on schedule may result in exclusion from school, court action and/or forfeiture penalty.

Waivers (List in Step 2 above, the date(s) of any immunizations your child has already received)

☐ For health reasons this student should not receive the following immunizations

SIGNATURE – Physician Date Signed

☐ For religious reasons, I have chosen not to vaccinate this student with the following immunizations (check all that apply)
☐ DTaP/DTP/DT/Td ☐ Tdap, ☐ Polio ☐ Hepatitis B ☐ MMR (Measles, Mumps, Rubella) ☐ Varicella ☐ MenACWY

☐ For personal conviction reasons, I have chosen not to vaccinate this student with the following immunizations (check all that apply)
☐ DTaP/DTP/DT/Td ☐ Tdap ☐ Polio ☐ Hepatitis B ☐ MMR (Measles, Mumps, Rubella) ☐ Varicella ☐ MenACWY

Step 5

Signature

This form is complete and accurate to the best of my knowledge. Check one: (I do ☐ I do not ☐) give permission to share my child's current immunization records and as they are updated in the future with the Wisconsin Immunization Registry (WIR). I understand that I may revoke this consent at any time by sending written notification to the school district. Following the date of revocation, the school district will provide no new records or updates to the WIR.

SIGNATURE - Parent/Guardian/Legal Custodian or Adult Student

Date Signed

REGISTRO DE VACUNACIÓN DEL ESTUDIANTE
(STUDENT IMMUNIZATION RECORD)

Instrucciones para la familia: Complete y regrese a la escuela dentro de los **30 días posteriores a la admisión**. La ley estatal exige que todos los estudiantes de escuelas públicas y privadas presenten evidencia escrita de vacunación contra ciertas enfermedades **en los 30 días lectivos siguientes a la admisión**. Los requisitos actuales específicos para cada edad y grado están a disposición en las escuelas y en los departamentos de salud locales. Estos requisitos solo se pueden omitir si se presenta en la escuela una exención por motivos de salud, religión o convicciones personales que esté correctamente firmada. El objetivo de este formulario es medir el cumplimiento de la ley y solo se usará para dicho propósito. Si tiene preguntas sobre las vacunas o sobre cómo completar este formulario, comuníquese con el departamento de salud local o con la escuela de su hijo.

Paso 1 **Datos personales** **Escriba en letra de molde**

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Género	Escuela	Grado	Año escolar
Nombre del padre/la madre/tutor/custodio legal		Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		Número de teléfono	

Paso 2 **Historial de vacunación**

Escriba el **mes, día y año** en que su hijo recibió cada una de las siguientes vacunas. Si no tiene un registro de vacunación de este estudiante, comuníquese con su médico o con el departamento de salud pública para obtenerlo. También puede usar el Wisconsin Immunization Registry (Registro de Inmunización de Wisconsin): <https://www.dhfs.wisconsin.gov/immunization/registry>

Tipo de vacuna*	Primera dosis MM/DD/AAAA	Segunda dosis MM/DD/AAAA	Tercera dosis MM/DD/AAAA	Cuarta dosis MM/DD/AAAA	Quinta dosis MM/DD/AAAA
DTaP/DTP/DT/Td (Difteria, tétanos, tos ferina)					
Refuerzo en adolescencia (marque la casilla correspondiente) ☐ Tdap ☐ Td					
Polio					
Hepatitis B					
MMR (Sarampión, paperas, rubéola)					
Vacuna contra la varicela (Chickenpox)					
Meningococo (serogrupo ACWY)					
No es necesario que los estudiantes que tengan un historial confiable de la enfermedad de la varicela reciban la vacuna contra la varicela. Se requiere la firma de un médico, un asistente médico o el personal de enfermería avanzada. ☐ Doy fe de que este estudiante tiene un historial confiable de la enfermedad de la varicela.			¿Le han hecho a su hijo un análisis de sangre (título) que muestre inmunidad (ha tenido la enfermedad o se ha vacunado anteriormente) a alguna de las siguientes enfermedades? Marque todas las que correspondan. ☐ Varicela ☐ Sarampión ☐ Paperas ☐ Rubéola ☐ Hepatitis B Si la respuesta es sí , brinde los informes del laboratorio.		
FIRMA – Proveedor de atención médica Fecha de la firma					

Paso 3 **Requisitos**

Consulte los requisitos de edad/nivel de grado para el año escolar actual para determinar si este estudiante cumple con los requisitos.

Paso 4 **Datos de cumplimiento**

El estudiante cumple con todos los requisitos
Firme en el Paso 5 y devuelva este formulario a la escuela.
☐ **O**

El estudiante no cumple con todos los requisitos
A continuación, marque la casilla correspondiente; firme en el Paso 5 y devuelva este formulario a la escuela. **Tenga en cuenta que el alumnado que no tenga el registro de vacunación completo no podrá asistir a la escuela si se produce un brote de una de estas enfermedades.**

☐ Aunque mi hijo **no** ha recibido **todas** las dosis requeridas de las vacunas, ha recibido las **primeras dosis**. Entiendo que las **segundas dosis** deben aplicarse antes de los 90 días lectivos posteriores a la admisión a la escuela este año y que las **terceras y cuartas dosis** se deben administrar antes de los 30 días lectivos del próximo año, si es necesario. También entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela por escrito cada vez que mi hijo reciba una dosis de la vacuna requerida.

Nota: No respetar el cronograma puede ser motivo de exclusión de la escuela, acción judicial o pena de confiscación.
(Indique en el Paso 2 anterior las fechas de las vacunas que su hijo ya ha recibido).

☐ **Por motivos de salud**, este estudiante no debe recibir las siguientes vacunas _____

FIRMA – Médico Fecha de la firma

☐ **Por motivos religiosos**, he decidido no administrarle al estudiante las siguientes vacunas (marque todas las opciones que correspondan).
☐ DTaP/DTP/DT/Td ☐ Tdap ☐ Polio ☐ Hepatitis B ☐ MMR (sarampión, paperas, rubéola) ☐ Varicela ☐ MenACWY

☐ **Por motivos de convicción personal**, he decidido no administrarle al estudiante las siguientes vacunas (marque todas las opciones que correspondan).
☐ DTaP/DTP/DT/Td ☐ Tdap ☐ Polio ☐ Hepatitis B ☐ MMR (sarampión, paperas, rubéola) ☐ Varicela ☐ MenACWY

Paso 5 **Firma**

Este formulario está completo y es preciso a mi leal saber y entender. Marque una opción: (**Sí** ☐ **No** ☐) doy permiso para compartir los registros de vacunación actuales de mi hijo y a medida que se actualicen en el futuro con el Wisconsin Immunization Registry (Registro de Inmunización de Wisconsin, WIR). Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito al distrito escolar. Después de la fecha de revocación, el distrito escolar no entregará registros nuevos o actualizaciones al WIR.

FIRMA – Padre/madre/tutor/custodio legal o estudiante adulto Fecha de la firma