

## 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.

**PERSONAL DATA**

**PLEASE PRINT**

<b>Step 1</b>	Student's Name	Birthdate (MM/DD/YYYY)	Gender	School	Grade	School Year
Name of Parent/Guardian/Legal Custodian		Address (Street, City, State, Zip)		Telephone Number (      )		

**IMMUNIZATION HISTORY**

**Step 2** List the MONTH, DAY, AND YEAR your child received each of the following immunizations. DO NOT USE A (√) OR (X) except to answer the question about chickenpox, Tdap, or Td. If you do not have an immunization record for this student at home, contact your doctor or public health department to obtain it.

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) <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td					
Polio					
Hepatitis B					
MMR (Measles, Mumps, Rubella)					
Varicella (Chickenpox) Vaccine <i>Vaccine is required only if your child has not had chickenpox disease. See below:</i>					
Has your child had Varicella (chickenpox) disease? Check the appropriate box and provide the year if known: <input type="checkbox"/> YES _____ Year (Vaccine not required) <input type="checkbox"/> NO or Unsure (Vaccine required)	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) <input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/> Measles <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Rubella <input type="checkbox"/> Hepatitis B If YES, provide laboratory report(s)				

**REQUIREMENTS**

**Step 3** Refer to the age/grade level requirements for the current school year to determine if this student meets the requirements.

**COMPLIANCE DATA**

**Step 4** **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

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

**SIGNATURE**

**Step 5** 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 VACUNAS DEL ESTUDIANTE STUDENT IMMUNIZATION RECORD

**INSTRUCCIONES A LOS PADRES:** COMPLETE Y DEVUELVA A LA ESCUELA **30 DÍAS DESPUÉS DE LA ADMISIÓN**. La ley estatal requiere que todos los estudiantes de escuelas públicas y privadas presenten evidencia escrita de las vacunas contra ciertas enfermedades, **dentro de 30 días escolares de admisión**. Los requisitos específicos de edad / grado se piden en las escuelas y en el departamento de salud locales. Se puede renunciar a estos requisitos únicamente completando y firmando un formulario de renuncia en la escuela por motivos de salud, religión o personales. El propósito de este formulario es medir el cumplimiento de la ley y se usará sólo para ese propósito. Si tiene preguntas sobre las vacunas o cómo llenar este formulario, comuníquese con la escuela de su hijo o con el departamento de salud local.

### DATOS PERSONALES ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

<b>Paso 1</b>	Nombre del estudiante	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo	Escuela	Grado	Año escolar
	Nombre del padre/madre/tuto /custodio legal	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			Número de teléfono ( )	

### HISTORIAL DE VACUNAS

**Paso 2** Indique el MES, DÍA Y AÑO en que su hijo recibió las siguientes vacunas. NO MARQUE (✓) O (X) excepto para responder a la pregunta sobre varicela, Tdap o Td. Si usted no tiene un registro de vacunas en su casa para este estudiante, comuníquese con el médico o departamento de salud para conseguir uno.

TIPO DE VACUNA*	1a. DOSIS Mes/día/año	2a. DOSIS Mes/día/año	3a. DOSIS Mes/día/año	4a. DOSIS Mes/día/año	5a. DOSIS Mes/día/año
DTaP/DTP/DT/Td/Tdap (Difteria, Tétano, Pertusis)					
Vacuna de refuerzo (booster) para adolescentes (Marque la casilla apropiada) <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td					
Polio					
Hepatitis B					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
Vacuna contra la varicela (viruelas locas) Esta vacuna se necesita solamente si su hijo no ha tenido la varicela. Vea más abajo:					
¿Ha tenido su hijo la varicela? Marque la casilla correspondiente y anote el año si lo sabe. <input type="checkbox"/> Sí _____ año (no necesita la vacuna) <input type="checkbox"/> NO o no está seguro (necesita vacuna)	¿Le han hecho un análisis de sangre (título de anticuerpos) a su hijo que muestre inmunidad (tenía la enfermedad o vacunación anterior) de cualquiera de las siguientes (marque todas que aplican)? <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hepatitis B Si contesta Sí, proporcione el reporte(s) de laboratorio				

### REQUISITOS

**Paso 3** Para determinar si este estudiante cumple con los requisitos, consulte el nivel de requisitos de acuerdo a la edad/grado del año escolar actual.

### DATOS DE CUMPLIMIENTO

**Paso 4** **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**  
Marque el cuadro que corresponda, firme en el Paso 5 y devuelva el formulario a la escuela. Tenga en cuenta que si el estudiante no tiene todas sus vacunas puede ser excluido de la escuela si aparece un brote de estas enfermedades.

Aunque mi hijo NO ha recibido todas las dosis de las vacunas, ha recibido LA PRIMERA DOSIS. Entiendo que la SEGUNDA DOSIS debe recibirla este año antes de cumplir 90 días de entrar a la escuela y la TERCERA Y CUARTA DOSIS si las requiere debe recibirlas antes de los 30 días de este año escolar. También entiendo que es mi responsabilidad notificar por escrito a la escuela cada vez que mi hijo recibe una dosis de las vacunas requeridas.

**NOTA: La falta a permanecer al día con las vacunas puede ocasionar la exclusión de la escuela, acción judicial y/o pena de caducidad.**

**EXENCIONES (WAIVERS)** (Indique en el Paso 2 las vacunas que ya haya recibido)

**Por razones de salud** este estudiante no debe recibir las siguientes vacunas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FIRMA del médico \_\_\_\_\_ Fecha de la firma

**Por razones religiosas**, he decidido no vacunar a este estudiante con las siguientes inmunizaciones (marque todas las que apliquen)  
 DTaP/DTP/DT/Td  Tdap  Polio  Hepatitis B  MMR (sarampión, paperas, rubéola)  varicela

**Por razones de convicción personal**, he decidido no vacunar a este estudiante con las siguientes inmunizaciones (marque todas las que apliquen)  
 DTaP/DTP/DT/Td  Tdap  Polio  Hepatitis B  MMR (sarampión, paperas, rubéola)  varicela

### FIRMA

**Paso 5** Este formulario está completo y exacto de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Marque uno: ( Yo doy  Yo no doy) mi consentimiento para que se compartan los registros de vacunas actuales de mi hijo en la medida en que se actualicen en un futuro con el Registro de Vacunas de Wisconsin (*Wisconsin Immunization Registry - WIR*). Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una notificación por escrito al distrito escolar. Después de la fecha de revocación, el distrito escolar no proporcionará nuevos registros ni actualizaciones a la WIR.

\_\_\_\_\_ FIRMA - del padre/madre/tuto /custodio legal o estudiante adulto \_\_\_\_\_ Fecha de la firma

## STUDENT IMMUNIZATION LAW AGE/GRADE REQUIREMENTS

The following are the minimum required immunizations for each age/grade level according to the Wisconsin Student Immunization Law. These requirements can be waived for health, religious, or personal conviction reasons. Additional immunizations may be recommended for your child depending on his/her age. Please contact your doctor or local health department to determine if your child needs additional immunizations.

Grade/Age	Number of Doses					
Pre-K (ages 2 through 4 years) <sup>1</sup>	4 DTaP/DTP/DT <sup>2</sup>		3 Polio	3 Hepatitis B <sup>6</sup>	1 MMR <sup>7</sup>	1 Varicella <sup>8</sup>
Kindergarten through Grade 5	4 DTaP/DTP/DT/Td <sup>2,3</sup>		4 Polio <sup>5</sup>	3 Hepatitis B <sup>6</sup>	2 MMR <sup>7</sup>	2 Varicella <sup>8</sup>
Grades 6 through 12	4 DTaP/DTP/DT/Td <sup>2</sup>	1 Tdap <sup>4</sup>	4 Polio <sup>5</sup>	3 Hepatitis B <sup>6</sup>	2 MMR <sup>7</sup>	2 Varicella <sup>8</sup>

- Children  $\geq 5$  years of age who are enrolled in a Pre-K class should be assessed using the immunization requirements for Kindergarten through Grade 5 which would normally correspond to the individual's age.
- D= diphtheria, T= tetanus, P= pertussis vaccine. DTaP/DTP/DT/Td vaccine for all students **Pre-K through 12**: Four doses are required. However, if a student received the 3<sup>rd</sup> dose after the 4<sup>th</sup> birthday, further doses are not required. *Note: a dose four days or less before the 4th birthday is also acceptable.*
- DTaP/DTP/DT vaccine for children **entering Kindergarten**: Each student must have received one dose after the 4<sup>th</sup> birthday (either the 3<sup>rd</sup>, 4<sup>th</sup>, or 5<sup>th</sup> dose) to be compliant. **Note: a dose four days or less before the 4th birthday is also acceptable.**
- Tdap is an adolescent tetanus, diphtheria, and acellular pertussis combination vaccine. If a student received a dose of a tetanus-containing vaccine, such as Td, within five years before entering the grade in which Tdap is required, the student is compliant and a dose of Tdap vaccine is not required.
- Polio vaccine for students entering grades **Kindergarten through 12**: Four doses are required. However, if a student received the 3<sup>rd</sup> dose after the 4<sup>th</sup> birthday, further doses are not required. **Note: a dose four days or less before the 4<sup>th</sup> birthday is also acceptable.**
- Laboratory evidence of immunity to hepatitis B is also acceptable.
- MMR is measles, mumps, and rubella vaccine. The first dose of MMR vaccine must have been received on or after the first birthday. Laboratory evidence of immunity to all three diseases (measles and mumps and rubella) is also acceptable. *Note: a dose four days or less before the 1<sup>st</sup> birthday is also acceptable.*
- Varicella vaccine is chickenpox vaccine. A history of chickenpox disease or laboratory evidence of immunity to varicella is also acceptable.



**LEY DE INMUNIZACIÓN DE ALUMNOS  
REQUISITOS SEGÚN EDAD/GRADO**  
STUDENT IMMUNIZATION LAW AGE/GRADE REQUIREMENTS

Las siguientes son las vacunas mínimas obligatorias para cada nivel de edad/grado de acuerdo con la Ley de Inmunización de Alumnos de Wisconsin (Wisconsin Student Immunization Law). Se pueden recomendar inmunizaciones adicionales para su hijo según la edad. Sírvase comunicarse con su médico o departamento médico local para determinar si su hijo necesita inmunizaciones adicionales.

Grado/Edad	Número de Dosis					
Pre Kinder (2 a 4 años) <sup>1</sup>	4 DTaP/DTP/DT <sup>2</sup>		3 Polio	3 Hepatitis B <sup>6</sup>	1 MMR <sup>7</sup>	1 Varicela <sup>8</sup>
Kindergarten a grado 5	4 DTaP/DTP/DT/Td <sup>2,3</sup>		4 Polio <sup>5</sup>	3 Hepatitis B <sup>6</sup>	2 MMR <sup>7</sup>	2 Varicela <sup>8</sup>
Grado 6 a 12	4 DTaP/DTP/DT/Td <sup>2</sup>	1 Tdap <sup>4</sup>	4 Polio <sup>5</sup>	3 Hepatitis B <sup>6</sup>	2 MMR <sup>7</sup>	2 Varicela <sup>8</sup>

- Los niños de menos de 4 años de edad que están inscriptos en la clase de pre Kindergarten (pre-K) deberían ser evaluados usando los requisitos de inmunizaciones de kindergarten a 5° grado, que normalmente correspondería a la edad de la persona.
- D= difteria, T= tétano, P= vacuna contra la tosferina (pertussis). Vacuna DTaP/DTP/DT/Td para todos los alumnos de **Pre-K a grado 12**: Se requieren 4 dosis. Pero, si un alumno recibió la 3ª dosis después de cumplir 4 años, no hacen falta más dosis. Nota: También es aceptable una dosis 4 días o menos antes de cumplir 4 años.
- Vacuna DTaP/DTP/DT para los niños que **ingresan a Kindergarten**: Su hijo(a) debe haber recibido una dosis después de cumplir 4 años (ya sea la 3a., 4ta. o 5ta. dosis) para ser aceptado. Nota: También es aceptable una dosis 4 días o menos antes de cumplir 4 años.
- Tdap es la vacuna antitetánica, antidiftérica y antitosferínica acelular para los adolescentes. Si su hijo(a) ha recibido una dosis de una vacuna antitetánica como la vacuna Td en los últimos 5 años antes de ingresar al grado en que la vacuna Tdap es obligatoria, no es necesaria la vacuna Tdap.
- La vacuna antipoliomelítica para estudiantes que ingresan a los grados **Kindergarten a 12**: Se requieren 4 dosis. Pero, si un alumno recibió la 3ª dosis después de cumplir 4 años, no hacen falta más dosis. Nota: También es aceptable una dosis 4 días o menos antes de cumplir 4 años.
- Las pruebas de laboratorio de la inmunidad a la hepatitis B también son aceptables.
- MMR es la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubeola. La primera dosis de la vacuna MMR debe recibirse al cumplir un año o después de un año de edad. Nota: También es aceptable una dosis 4 días o menos antes de cumplir 1 año. Las pruebas de laboratorio de la inmunidad contra todas estas enfermedades (sarampión, paperas y rubeola) también son aceptables.
- La vacuna contra la varicela es la vacuna contra el chickenpox. Los antecedentes de enfermedades de varicela o las pruebas de laboratorio de inmunidad a la varicela también son aceptables.

