



CERTIFICACIÓN DE INMUNIZACIÓN DE FLORIDA

Autoridad Legal: Secciones 1003.22, 402.305, 402.313, Estatutos de Florida; regla 64D-3.046, Código Administrativo de Florida

APELLIDO	Número	Y	DOB
PRIEST EL TUTOR	SS DEL HIJO	IDENTIFICACIONES DE	

Indicaciones:

- Introduzca todas las dosis y fechas apropiadas Abajo.
- Firme y fecha el certificado apropiado (A, B o C) en el formulario.
- Consulte "Directrices de inmunización para escuelas de Florida, instalaciones de cuidado infantil y guarderías familiares" para obtener información e instrucciones sobre la finalización del formulario. Las directrices están disponibles en: www.immunizeflorida.org/schoolguide.pdf.

VACUNA	DOE CÓDIGO	Dosis 1 MM/DD/AA	Dosis 2 Dosis MM/DD/AA	3 MM/DD/AA	Dosis 4 MM/DD/AA	Dosis 5 MM/DD/AA
DTaP/DTP	A	_____	_____	_____	_____	_____
DT	B	_____	_____	_____	_____	_____
Tdap/Td	C	_____	_____	_____	_____	_____
Polio	D	_____	_____	_____	_____	_____
Hib	E	_____	_____	_____	_____	_____
MMR (Combinado) (Separado)	F	_____	_____	_____	_____	_____
	G,	_____	_____	_____	_____	_____
	H I	Sarampión (dosis 1)	Sarampión (dosis 2)	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____	_____
Hepatitis B	J	Rubéola (dosis 1)	Rubéola (dosis 2)	_____	_____	_____
Varicela	K	_____	_____	_____	_____	_____
Enfermedad de la Varicela	L	_____	_____	_____	_____	_____
	N	_____	_____	_____	_____	_____
Pn	Pn	_____	_____	_____	_____	_____
eumoConju		_____	_____	_____	_____	_____

**Seleccione la(s) casilla(s) adecuada(s)
Certificado de Inmunización para K-12**

Parte A-Completa

- Código DOE 1: Las vacunas están completas K-12 (excluyendo los requisitos de 7º grado/escuela media) Código DOE 8: Las vacunas están completas para el grado 7º

He revisado los registros disponibles, y hasta el que conocimiento, el niño mencionado anteriormente ha sido inmunizado adecuadamente para asistencia a la escuela, como se documentó anteriormente.

Fecha de expiración de la exención médica

- temporal: _____ **Parte B-Temporal**

Parte B (Para niños en guardería, guarderías familiares, preescolar, jardín de infantes y grados 1 a 12 que están incompletos para vacunas en la Parte A) **Invalido sin fecha de vencimiento.** Código DOE 2

He revisado los registros disponibles, y hasta el mejor de mis conocimientos, el niño mencionado anteriormente ha sido inmunizado adecuadamente para la asistencia a la escuela, como se documentó anteriormente.

Exención Médica Permanente

- Parte C-Permanente**

Parte C (Para inmunizaciones médicamente contraindicadas, enumere cada vacuna y el razonamiento clínico válido estatal o la evidencia de exención.) Código DOE 3 _____

Certifico que la condición física de este niño es tal que las vacunas indicadas en la Parte C anterior están médicamente contraindicadas.

Nombre del médico o clínica:

Médico o

Firma Autorizada: _____

Emitida por: _____

Fecha: _____

DH 680 7/08 Número de stock: 5740-000-0680-6