

Fort Wayne Community Schools

Servicios de Salud
1200 South Clinton Street
Fort Wayne, Indiana 46802
Tel. (260) 467-1080 FAX (260) 467-1186

OBJECCIÓN DE LOS PADRES O TUTOR AL REQUISITO DE VACUNACIÓN -LEY DE INDIANA

Nombre del estudiante: _____

Escuela: _____

Grado: _____ Fecha: _____ Género: _____

Padre, madre o tutor: _____

Dirección: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

La enfermera de la escuela me ha informado de los requisitos de vacunación dispuestos en el Código de Indiana.

Además, he sido informado de la disponibilidad de las vacunas requeridas de forma gratuita a través del Departamento de Salud del Condado de Allen en Fort Wayne.

Además sé, que por su seguridad, mi hijo(a) no podrá asistir a la escuela en caso de que se produzca una epidemia de una enfermedad que puede prevenirse con vacunación.

Objeto a que mi hijo(a) reciba las vacunas requeridas según lo dispuesto en el Código de Indiana y además declaro, que mi hijo no recibirá las vacunas descritas en dicho Código por las siguientes razones:

OBJECCIÓN MÉDICA OBJECCIÓN RELIGIOSA

Fecha

Firma del padre, madre o tutor

As a physician, I feel that the immunization/s required by Indiana State Code are contraindicated for this child because it is detrimental to the child's health. (Como médico, considero que las vacunas requeridas por el Código del estado de Indiana están contraindicadas para este niño, por ser perjudiciales para su salud.)

Fecha

Physician's Signature (Firma del médico; *obligatoria para la objeción médica*)

Physician's Name (please print) (Nombre del médico en letra de imprenta)

Su hijo(a) puede recibir vacunas gratis en la clínica de vacunación del Departamento de Salud o en una de las clínicas Super Shot. El Departamento de Salud está ubicado en la 5ª planta del City-County Building (449-7514). Llame para que le digan el horario de la clínica. Para obtener información sobre la ubicación de las clínicas Super Shot, llame al 424-7468. No es necesario tener cita previa. Los niños deben ir acompañados de su padre, madre o tutor. **Lleve una copia del registro de vacunación de su hijo(a).**