

Kearney Public Schools Preschool Health Record

In order to obtain information **required** by Nebraska law and Kearney Public schools, a Health Record must be completed on all students **prior** to entering our system. Please provide month/day/year for immunizations. Additional proof of immunization may be requested. Fill in all information. *(Immunizations or appropriate signed waivers are required prior to enrollment)*/ Con el propósito de mantener la documentación **requerida** por la **Ley de Nebraska (173) y Las Escuelas públicas de Kearney**, tiene que llenar un Registro de Salud para cada alumno **antes** de poderse inscribir en la escuela. Favor de llenar toda la información y poner el mes/ día/ y año (m/d/y) para las vacunas. También hay que dar prueba de las vacunas y anexarlas a este formulario. *(Las vacunas o las renunciaciones apropiadas firmadas, se requieren antes de inscribirse.)*

**YOUR STUDENT WILL NOT BE ADMITTED TO SCHOOL WITHOUT THIS COMPLETE INFORMATION
NO SE ADMITARA SU HIJO EN LA ESCUELA SIN ESTA INFORMACION.**

Student Name/Nombre del alumno _____ School/Escuela _____ Grade/Grado _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____ Male/Masculino _____ Female/Femenino _____

DTaP/DTP

	#1 m/d/y	#2 m/d/y	#3 m/d/y	#4 m/d/y	#5 m/d/y

Polio (OVP or IPV)

	#1 m/d/y	#2 m/d/y	#3 m/d/y	#4 m/d/y

MMR

	#1 m/d/y	#1 m/d/y	#1 m/d/y		m/y
	Varivax		OR MMRV		OR Date of Chickenpox
	#2 m/d/y	#2 m/d/y	#2 m/d/y	#2 m/d/y	

Hepatitis B
HepB or HBV

	#1 m/d/y	#2 m/d/y	#3 m/d/y

HIB

	#1 m/d/y	#2 m/d/y	#3 m/d/y	#4 m/d/y

Pneumococcal
Pevnar

Hepatitis A

	#1 m/d/y	#2 m/d/y

**IMMUNIZATION
INFORMATION
Información
sobre las**

I verify the above information is correct to the best of my knowledge./Verifico que la informacion anterior es correcta.

Parent Signature/Firma De Los Padres _____ Date/Fecha _____

PLEASE COMPLETE THE HEALTH HISTORY QUESTIONS ON THE BACK