

## Kearney Public Schools IMMUNIZATION INFORMATION Información sobre las vacunas

Student Name/Nombre del alumno	School/Escuela	Grade/Grado
Date of Birth/Fecha de Nacimiento	<input type="radio"/> Male/Masculino <input type="radio"/> Female/Femenino	
Transfer from: City, ST Viene de: Ciudad, ST	School/Escuela	

**DTaP/DTP/DT/Td/Tdap**    mm/dd/yy    mm/dd/yy    mm/dd/yy    mm/dd/yy    mm/dd/yy

--	--	--	--	--

**Polio (OVP or IPV)**    mm/dd/yy    mm/dd/yy    mm/dd/yy    mm/dd/yy

--	--	--	--

**MMR**    mm/dd/yy    **Varivax/Chickenpox vaccine**    mm/dd/yy    **or Date of Chickenpox**    **OR**    **MMRV**    mm/dd/yy


**OR**    **Non-Combination vaccine (administered outside the US)**    **Measles Sarampión**    mm/dd/yy    **Mumps Paperas**    mm/dd/yy    **Rubella Rubeola**    mm/dd/yy

--	--	--	--

**Hepatitis B (HepB or HBV)**    **Series of 3:**    mm/dd/yy    mm/dd/yy    mm/dd/yy    mm/dd/yy

--	--	--	--

**Series of 2:**    mm/dd/yy    mm/dd/yy

--	--

**HIB**    mm/dd/yy    mm/dd/yy    mm/dd/yy    mm/dd/yy

--	--	--	--

**Hepatitis A**    mm/dd/yy    mm/dd/yy    **HPV**    mm/dd/yy    mm/dd/yy    mm/dd/yy

--	--	--	--

**Meningococcal**    mm/dd/yy    mm/dd/yy    **TB**    mm/dd/yy    **Results**

--	--	--	--

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

Date/Fecha \_\_\_\_\_

\*\*\*Parent Signature/Firma De Los Padres \_\_\_\_\_

Please sign in blue or black ink