



HOWELL TOWNSHIP PUBLIC SCHOOLS

PROUD OF OUR SCHOOLS - CONCERNED FOR OUR CHILDREN

PATRICIA CALLANDER
Assistant Superintendent/ Pupil Services

(732) 751-2480 ext. 3805
FAX (732) 919-1449

Estimados Padres/Guardianes,

De acuerdo con N.J.A.C. 8: 57-4, se requieren las siguientes inmunizaciones para los estudiantes que ingresan al grado seis:

8: 57-4.10 Vacuna toxoides contra la difteria y el tétanos y vacuna contra la tos ferina

- (h) *Todo niño nacido en o después del 1 enero de 1997 y que ingrese o asista al Grado Seis, o en un programa de educación especial de edad comparable con un grado no asignado en o después del 1 de septiembre de 2008 deberá haber recibido una dosis de Tdap, (Tetano, Difteria, pertussis acelular) dada no antes de los 10 años de edad.*
- (i) *Los niños que ingresan o asistan al Grado Seis en o después del 1 de septiembre de 2008 que recibieron una dosis de refuerzo de Td menos de cinco años antes de la entrada o asistencia, no deberán recibir una dosis de Tdap hasta que hayan transcurrido cinco años desde de la última DTP / DTaP o dosis de Td.*
- (j) *Los niños nacidos en o después del 1 de enero de 1997 y trasladados a una escuela de Nueva Jersey de otro estado o país después del 1 de septiembre de 2008, deberán haber recibido una dosis de Tdap, siempre que hayan transcurrido al menos cinco años desde de la última dosis documentada de Td*

8: 57-4.20 Vacuna meningocócica

- (a) *Todo niño nacido el 1 de enero de 1997 o después, y que ingrese o asista al Grado Seis o un programa de educación especial de nivel similar con una calificación no asignada el 1 de septiembre de 2008 o después, deberá haber recibido una dosis de la vacuna que contiene meningococo. tal como la vacuna médicamente preferida conjugada meningocócica.*
****Por favor, tenga en cuenta: Esto se aplica a los estudiantes cuando cumplen 11 años de edad y asisten al Grado Seis.***
- (b) *Todo niño nacido en o después del 1 de enero de 1997 y trasladado a una escuela de Nueva Jersey de otro estado o país a partir del 1 de septiembre de 2008, deberá haber recibido una dosis de vacuna contra el meningococo.*

Para que su hijo asista a la escuela el próximo septiembre, por favor solicite a su Proveedor de Cuidado de la Salud que complete el formulario adjunto y devuelva esta documentación a la enfermera de la escuela de su hijo al final del año escolar. Su respuesta oportuna a estos requisitos de inmunización nos permitirá actualizar nuestros registros y ayudar a asegurar una transición sin problemas a la escuela intermedia para su hijo.

Gracias por su pronta atención a este asunto importante. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo.

Sinceramente,

Patricia Callander

Patricia Callander
Superintendente Asistente/ Servicios para Alumnos

PARA TODO LOS ALUMNOS INGRESANDO AL GRADO SEIS

Nombre de estudiante _____ Escuela Elemental/Intermedia _____

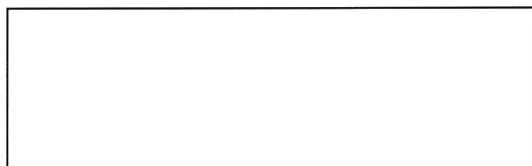
PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO / PROVEEDOR DE SALUD

Tdap (fecha dada) _____ O DTP/Dtap/TD (fecha dada) _____
(indique uno)

Vacuna de meningocócica (fecha dada) _____

Firma del Médico / Proveedor: _____

Sello del Médico/ Proveedor:



*Por favor devuelva este formulario a la enfermera de la escuela del niño tan pronto como sea posible.
Si la fecha de nacimiento de su hijo le impide recibir las vacunas necesarias antes de junio, por favor, comparta esa información con la enfermera de su escuela.*