

REGISTRO DE IMUNIZAÇÃO DO ESTUDANTE (STUDENT IMMUNIZATION RECORD)

Instruções aos pais: Preencher e retornar à escola no período de **30 dias após a admissão**. A lei estadual requer que todos os estudantes de escolas públicas e privadas apresentem evidência documentada da imunização contra certas doenças **dentro de 30 dias letivos após a admissão**. Os requisitos específicos atuais de idade/série estão disponíveis nas escolas e unidades de saúde locais. Esses requisitos só podem ser dispensados se um documento indicando motivos de saúde, religiosos ou convicção pessoal for assinado junto à escola. O objetivo deste formulário é garantir a conformidade com a lei, e ele será usado apenas para isso. Se você tiver perguntas sobre imunizações ou sobre como preencher este formulário, entre em contato com a escola de seu(a) filho(a) ou com a unidade de saúde local.

Passo 1 Dados pessoais

Por favor, imprima

Nome do estudante	Data de nascimento (MM/DD/AAAA)	Gênero	Escola	Série	Ano letivo
Nome da mãe/responsável/guardião legal	Endereço (rua, cidade, estado, CEP)			Telefone	

Passo 2 Histórico de imunização

Liste o **mês, o dia e o ano** em que seu filho recebeu cada uma das seguintes imunizações. Caso você não tenha o registro da imunização deste aluno, entre em contato com seu médico ou com a unidade de saúde pública para obtê-lo. Você também pode usar o Wisconsin Immunization Registry (Registro de Imunização de Wisconsin): <https://www.dhfs.wisconsin.gov/immunization/registry>

Tipo de vacina*	Primeira dose MM/DD/AAAA	Segunda dose MM/DD/AAAA	Terceira dose MM/DD/AAAA	Quarta dose MM/DD/AAAA	Quinta dose MM/DD/AAAA
DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano, coqueluche)					
Dose de reforço na adolescência (marque a caixa apropriada) <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td					
Poliomielite					
Hepatite B					
MMR (sarampo, caxumba, rubéola)					
Vacina contra varicela (catapora)					
Meningocócica (sorogrupo ACWY)					
Os alunos com histórico confiável de varicela não são obrigados a receber a vacina contra varicela. É necessária a assinatura do médico, assistente médico ou enfermeiro prescritor avançado. <input type="checkbox"/> Atesto que este aluno tem um histórico confiável de varicela,			Seu(a) filho(a) já fez algum exame de sangue (titulação de anticorpos) que mostre imunidade (teve a doença ou recebeu vacina) a alguma das seguintes doenças? Marque todas as opções que se aplicar. <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Sarampo <input type="checkbox"/> Caxumba <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hepatite B Se sim , forneça o relatório laboratorial		
ASSINATURA – Prestador de cuidados de saúde			Data da assinatura		

Passo 3 Requisitos

Consulte os requisitos de idade/série escolar para o ano letivo atual a fim de determinar se o estudante atende aos requisitos.

Passo 4 Dados de conformidade

O aluno atende a todos os requisitos
Assine no Passo 5 e retorne este formulário para a escola.
_____ Ou _____

O aluno não atende a todos os requisitos

Marque a caixa apropriada abaixo, assine no Passo 5 e retorne este formulário para a escola. **Observe que alunos não imunizados completamente podem ser impedidos de frequentar a escola se ocorrer um surto de uma dessas doenças.**

- Embora meu filho **não** tenha recebido **todas** as doses necessárias da vacina, a **primeira dose** foi tomada. Entendo que a **segunda dose** deve ser recebida até o nonagésimo (90º) dia letivo após a admissão na escola este ano, e que a **terceira** e a **quarta dose**, se necessárias, devem ser recebidas até o trigésimo (30º) dia letivo do próximo ano. Eu também compreendo que é minha responsabilidade notificar a escola por escrito cada vez que meu(a) filho(a) recebe uma dose da vacina necessária.

Observação: A incapacidade de cumprir o cronograma pode resultar no impedimento de frequentar a escola, medidas judiciais e/ou pena de confisco.

Isenções (liste na Etapa 2 acima as datas de quaisquer imunizações que seu filho já recebeu)

- Por motivos de saúde o estudante não pode receber os imunizantes _____

ASSINATURA – Médico

Data da assinatura

- Por motivos religiosos, eu escolhi não vacinar o estudante com os seguintes imunizantes (marque todos que se aplicam)
 DTaP/DTP/DT/Td Tdap Poliomielite Hepatite B MMR (Sarampo, Caxumba, Rubéola) Varicela MenACWY

- Por convicções pessoais, eu escolhi não vacinar o estudante com os seguintes imunizantes (marque todos que se aplicam)
 DTaP/DTP/DT/Td Tdap Poliomielite Hepatite B MMR (Sarampo, Caxumba, Rubéola) Varicela MenACWY

Passo 5 Assinatura

Todas as informações que forneci neste formulário são precisas. Marque uma opção: (Eu dou Eu não dou) permissão para compartilhar os registros de imunização de meu(a) filho(a) e conforme são atualizados no futuro com o Wisconsin Immunization Registry, WIR (Registro de Imunização do Wisconsin). Eu compreendo que posso revogar o consentimento a qualquer momento enviando uma notificação por escrito ao distrito escolar. Após a data da revogação, o distrito escolar não fornecerá novos registros ou atualizações ao WIR.

ASSINATURA - Mãe/responsável/guardião legal ou estudante adulto

Data da assinatura