

## 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.  
 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.  
 Varicela  Sarampo  Caxumba  Rubéola  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