

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
POLICY BULLETINLos Angeles Unified School District  
Medical Services Division

School Name: \_\_\_\_\_

School Address: \_\_\_\_\_

## NOTICE OF IMMUNIZATION(S) DUE

Dear Parent/Guardian of: \_\_\_\_\_ ROOM: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

Our records show that your child needs the following immunization(s) (shots) to meet the requirements of the California Health and Safety Code Section, Division 105, Part 2, Chapter 1, Sections 120325-120380 and the California Code of Regulations, Title 17, Division 1, Chapter 4, Subchapter 8, Sections 6000-6075 to remain enrolled in school.

## MISSING DOSE(S) MARKED BELOW:

| Vaccine                                                                                   | 1 <sup>st</sup> Dose     | 2 <sup>nd</sup> Dose     | 3 <sup>rd</sup> Dose     | 4 <sup>th</sup> Dose     | 5 <sup>th</sup> Dose     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Polio (Oral polio vaccine (OPV) doses given on or given after April 1, 2016 do not count) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| DTaP (given as Td or Tdap for 7yo & above)                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tdap (7th - 12th grade)                                                                   | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
| MMR (1 <sup>st</sup> dose must be on or after first birthday)                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
| Hib (Preschool Only. Ages 15mo-5yrs, must be on or after first birthday)                  | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
| Hepatitis B                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Varicella (chickenpox)                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |

## YOU NEED TO DO ONE OR MORE OF THE FOLLOWING IMMEDIATELY:

1. If your child has already received all these immunizations marked above, bring us the immunization record so that we can update our files. Your child's record must include date/s (mm/dd/yyyy) for the immunizations checked above and the doctor's/clinic's name. If your child has not already received all the immunizations marked above. Bring this form along with your child's immunization record to your doctor or local health department. For students who do not have private insurance coverage, immunizations are available at low cost from the Los Angeles County Department of Health Services. For more information, please call 211 (<https://211la.org>) for the location of free immunization clinics. The school-based immunization clinics (<http://lausd.org/immunizations>) are open during school hours for students without insurance, Medi-Cal recipients, Alaskan or Native American. Please provide the school with a copy of your child's updated immunization record after every immunization visit until all the required immunizations have been received.
2. If any of these immunizations were not given to your child because of medical reasons, please submit a completed medical exemption form issued using the CAIR-Medical Exemption website <https://cair-me.cdph.ca.gov/home> by your child's doctor (MD or DO licensed in California).

According to state law, we cannot allow your child to attend unless we receive evidence that the above requirements are met by this date: Exclusion Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

For more information on school immunization requirements, visit the [Shots for School](#) website. If you have any questions or require additional information, please call School Phone Number \_\_\_\_\_.

Sincerely,

Principal's Name: \_\_\_\_\_

Credentialed School Nurse's Name: \_\_\_\_\_

**Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles**  
**División de Servicios Médicos**  
**Nombre de la Escuela:**  
**Dirección de la Escuela:**  
**NOTIFICACIÓN DE INMUNIZACIÓN/ES VENCIDAS**

Estimado padre de familia/tutor legal de: \_\_\_\_\_ AULA: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Nuestros registros muestran que su estudiante necesita la siguiente inmunización (vacunas) para cumplir con los requisitos del Código de Salud y Seguridad de California, Sección División 105, Parte 2, Capítulo 1, Secciones 120325-120380 y el Código de Regulaciones de California, Título 17, División 1, Capítulo 4, Subcapítulo 8, Secciones 6000-6075 para permanecer inscrito en la escuela.

**DOSIS QUE FALTAN SE MARCAN A CONTINUACIÓN:**

| Vacuna                                                                                                                                 | 1ª dosis                 | 2ª dosis                 | 3ª dosis                 | 4ª dosis                 | 5ª dosis                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Poliomielitis (las dosis de la vacuna oral contra la poliomielitis (OPV) administradas en o después del 1 de abril de 2016 no cuentan) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| DTaP (administradas como Td o Tdap a 7 años y mayores)                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tdap (grados 7-12)                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
| MMR (1ª dosis debe ser en o después del primer cumpleaños)                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
| Hib (Solamente preescolar. Edades 15 meses a 5 años, debe administrarse en o después del primer cumpleaños)                            | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
| Hepatitis B                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Varicela                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |

**NECESITA TOMAR UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS INMEDIATAMENTE:**

- Si su estudiante ya ha recibido todas las inmunizaciones marcadas anteriormente, por favor presente el registro de inmunización para actualizar nuestros archivos. El registro de su estudiante debe incluir la/s fecha/s (mm/dd/aaaa) para las inmunizaciones marcadas anteriormente y el nombre del doctor/clínica.  
Si su estudiante aún no ha recibido todas las inmunizaciones marcadas anteriormente, presente este formulario junto con el registro de inmunización a su médico p departamento de salud local. Para los estudiantes que no tienen cobertura de seguro, las inmunizaciones están disponibles a bajo costo a través del Departamento de Salud del Condado de Los Ángeles. Para obtener más información, favor de llamar al 211 (<https://211la.org>) para ver la ubicación de las clínicas de inmunizaciones gratuitas. Las clínicas escolares de inmunización (<https://lausd.org/immunizations>) están abiertas durante el horario escolar para los estudiantes que no tienen seguro médico, los beneficiarios de Medi-Cal, originarios de Alaska nativos americanos. Por favor proporcione a la escuela con una copia del registro actualizado de inmunización de su estudiante después de cada visita de inmunización hasta que el estudiante haya recibido todas las inmunizaciones.
- Si su estudiante no ha recibido alguna de estas inmunizaciones debido a razones médicas, por favor envíe un formulario de exención médica completado emitido utilizando el sitio web de Exención Médica CAIR-Me: <https://cair-me.cdph.ca.gov/home> por el médico de su estudiante (MD o DO con licencia en California).

**De acuerdo con la ley estatal, no podemos permitir que su estudiante asista a la escuela a menos que recibamos evidencia de que los requisitos anteriores se cumplen para esta fecha: Fecha de exclusión \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.**

Para obtener más información sobre los requisitos de inmunización, visite el sitio web de [Shots for School](#). Si tiene preguntas o si requiere más información, favor de llamar al número de teléfono de la escuela \_\_\_\_\_

Atentamente,

Nombre del Director:

Nombre del Personal de Enfermería con Autorización: