

Attention Parents of Sixth Grade Students

NO SHOT, NO SCHOOL!

New California law requires students entering grade 7 to provide proof of Tdap immunization to enter school in the fall of 2012. Schools will need this record of Tdap vaccination before your child's seventh grade entry.

A **FREE** Tdap immunization clinic has been scheduled
on April 21 while vaccine supply lasts.

STUDENTS FROM ANY SCHOOL IN MARIN COUNTY MAY ATTEND THIS CLINIC

SATURDAY, APRIL 21

10 A.M. TO 2 P.M.

DAVIDSON MIDDLE SCHOOL

Wear a short-sleeved shirt!

Bring signed consent; parent need not be present with signed consent.

For further information, please contact Sharayn Forkel at 415-473-3078 or sforkel@marincounty.org

Atención padres de estudiantes del 6º grado

¡SI NO HAY VACUNA, NO HAY ESCUELA!

Las nuevas leyes de California requieren que los estudiantes que vayan a ingresar al séptimo grado presenten evidencia de la vacuna Tdap para entrar en la escuela en el otoño del 2012. Las escuelas necesitarán esta constancia de la vacuna Tdap antes de que su niño ingrese al séptimo grado.

Se ha programado una clínica de vacunación Tdap (Tos Ferina) **SIN**
COSTO para el 21 de abril, hasta agotar existencias de la vacuna.

LOS ESTUDIANTES DE CUALQUIER ESCUELA EN EL CONDADO DE MARIN PUEDEN ACUDIR A ESTA CLÍNICA

SÁBADO 21 DE ABRIL

DE 10 A.M. A 2 P.M.

DAVIDSON MIDDLE SCHOOL

¡Usa una camisa de manga corta!

Trae la autorización firmada, no es necesario que asistan los padres si se tiene su autorización firmada
Para más información, favor de comunicarse con Sharayn Forkel al 415-473-3078 o sforkel@marincounty.org

Campaign Collaborative Partners

Campana de Socios en Colaboración



Marin County Health
and Human Services



Marin Medical
Reserve Corps



Marin County
Office of Education



Davidson Middle School
Parent-Teacher Assoc.



California Department
Of Public Health



Marin County
School Nurses

COUNTY OF MARIN HEALTH AND HUMAN SERVICES CONSENT FORM

(Greeted)

Name/Nombre: _____
 Last (Apellido) First (Primer Nombre) Middle (Segundo Nombre)

Date of Birth (Month/Day/Year): ____/____/____ Age: ____ Male/Masculino
 (Fecha de Nacimiento) (Mes) (Día) (Año) (Edad) Female/Femenino

Address: _____
 (Dirección) Street (Calle) Apt. # (Número del apartamento) Name of School (nombre de la escuela)

 City (Ciudad) Zip (código postal) Emergency Phone (número de teléfono de emergencia)

Insurance/Aseguranza Medica: _____

Print Guardian Name (Escriba con letras de molde el nombre y apellido del tutor):
 Name/Nombre _____

I have read the County of Marin Privacy Practices and the information about the California Immunization Registry (CAIR). (Download at <http://www.marincounty.org/tdap> or available at clinic). I have been given a copy and have read or had explained to me the Centers for Disease Control & Prevention (CDC) Vaccination Information Statements (VIS) for the Tdap vaccine I am requesting for my child. (Download at <http://www.marincounty.org/tdap> or available at clinic). I understand the risks and benefits, and hereby give consent to Marin County to administer the vaccine to the above named patient.

He leído una copia de notificación de prácticas de privacidad del Condado de Marin y la información sobre el Registro de la Inmunización de California. (En el Internet a <http://www.marincounty.org/tdap> o en la clínica). He recibido y he leído o me han explicado (VIS) preparada por Los Centros Para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) acerca de la(s) vacuna Tdap que estoy solicitando para mi niño(a). (En el Internet a <http://www.marincounty.org/tdap> o en la clínica). Entiendo los riesgos y beneficios y le doy permiso al Condado de Marin para administrar todas la/las vacuna al paciente indicado arriba.

Parent or Guardian Signature (Firma del Padre o Encargado/a)

Date (Fecha)

Screening Questionnaire for Child and Teen Immunization Cuestionario de selección para vacunas de niños y adolescentes		
	Yes/Sí	No
1. Is the child sick today? ¿Esta el/la niño(a) enfermo(a) hoy?		
2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex? ¿El/La niño(a) es alérgico(a) algún medicamento, alimento, o algún componente de las vacunas, o al látex?		
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? ¿Tuvo alguna vez el/la niño(a) alguna reacción seria por una vacuna en el pasado?		
4. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or other nervous system problems? ¿El/La niño(a), o uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; ha tenido el/la niño(a) problemas del cerebro u otro problema del sistema nervioso?		
5. Is the teen pregnant? ¿Está la adolescente embarazada?		

For Nurse Only (Para el uso de la enfermera solamente)

	Vaccine Type	Lot # / Exp. Date	Site	Dose/Route	Admin. by / Date	VIS Date
<input type="checkbox"/>	Sanofi/Adacel	C3899AA/11/9/13	R / L Deltoid	0.5 ml IM		1/24/2012
<input type="checkbox"/>	Sanofi/Adacel	C3900AA/11/30/13	R / L Deltoid	0.5 ml IM		1/24/2012
<input type="checkbox"/>	Sanofi/Adacel	C3489AA/7/15/12	R / L Deltoid	0.5 ml IM		1/24/2012

(Exit)