



2700 KEARNS BOULEVARD
PARK CITY, UT 84060

OFFICE: (435) 645-5600
FAX: (435) 645-5609



MATRICULA DE INFORMACION – SOBRE LA SALUD PARA KINDERGARTEN

1. La Ley del estado de Utah (53A-11-302) requiere que cada estudiante tenga actualizado y completo el expediente de color Rosado de Vacunas Escolares de Utah. **Será necesario que traiga al colegio una copia del expediente actual de vacunas de su hijo/a para que la secretaria escolar lo verifique.**

El **Departamento de Salud del Condado** provee dichas vacunas para aquéllos que cuentan con Medicaid, CHIP, o no cuentan con cobertura de seguro de salud. Si esto es aplicable a usted, por favor llame al 615-3910.

Las siguientes son las vacunas requeridas para ingresar a Kindergarten:

- 5 DTP/DT/DtaP (4 dosis si la cuarta dosis fue dada en la fecha de cumpleaños o después de éste)
- 4 Polio/IPV (3 dosis si la tercera dosis fue dada en la fecha de cumpleaños o después de éste)
- 2 MMR (la primera dosis debe ser dada en la fecha del primer cumpleaños o después de éste)
- 3 Hepatitis B
- 1 Varicela (o confirmación de los padres de que el niño/a ya haya tenido la enfermedad)
- 2 Hepatitis A

Se aceptan exenciones y lo cual debe ser obtenido a través del **Departamento de Salud del Condado** y enviarlo por mano al colegio. Si un estudiante queda cubierto bajo el estado de exención de una vacuna preventiva se le pedirá que se retire del colegio en caso de que se produzca una epidemia.

2. La Ley de Utah del Estado (53A-11-203) requiere un exámen preventivo de visión para todos los estudiantes de Kindergarten. Este exámen lo puede hacer su doctor, y normalmente se realiza en el exámen de salud general a los cinco años de edad. **Es necesario que presente en el colegio un *Certificado del Exámen de Visión*. La parte inferior de esta página incluye un detalle del formulario solicitado y que usted puede llevar a su doctor para la verificación de este exámen de visión. Las exenciones son permitidas con una declaración escrita de los padres o apoderados legales indicando que el exámen de visión está en contra de sus creencias personales.**

Si tiene preguntas acerca de estos requisitos de salud, por favor contacte a la enfermera escolar.

PPES, TSES, EHIMS	Anne Alexander, R.N.	615-4429
TMIS, PCHS, PCLC	Gina Agy, R.N.	645-5628, ext. 2922
JRES, MPES	Kirsten Brotherson, R.N.	645-5600, ext. 2924

*La información a continuación debe ser llenada por su Doctor antes de que su hijo/a empiece asistir a clases. Por favor entregue este formulario junto a la información requerida para la respectiva matrícula.

PARK CITY SCHOOL DISTRICT VISION SCREEN CERTIFICATE/CERTIFICADO

STUDENT NAME: _____

DATE OF SCREENING: _____ **PASSED:** _____ **REFERRED:** _____

HEALTHCARE PROVIDER SIGNATURE: _____

A written statement signed by a parent or legal guardian that the vision screening violated the personal beliefs is acceptable in place the screening.