

EL DISTRITO ESCOLAR DE FILADELFIA  
OFICINA DE SERVICIOS DE APOYO AL ESTUDIANTE  
CALLE BROAD NORTE #440  
FILADELFIA, PA 19130

**KARYN LYNCH**  
*JEFA*

TELÉFONE (215) 400-4180  
FAX (215) 400-4181

### Declaración de Intención de Inmunizar

Si a un niño/a no se le han administrado todas las dosis o necesita dosis adicionales, y no se puede proveer inmediatamente un plan médico (cartilla roja y blanca) de la oficina del médico, por favor llene el formulario en la parte inferior y entréguelo dentro de los primeros cinco días de clases para obtener las inmunizaciones requeridas:

Yo, \_\_\_\_\_, he concertado una cita para \_\_\_\_\_  
(Nombre del padre/encargado) (Nombre del niño/a)

para que se le administren las vacunas requeridas el \_\_\_\_\_,  
(Fecha de la cita)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha