

Documentation of Varicella (Chickenpox) Disease or Immunization

Student Name: _____ Date of Birth: _____

School Name: _____ Grade: _____

Has your child ever had chickenpox (please circle one answer)?

Yes (go to #1)	No (go to #2)	Don't Recall (go to #1)
--------------------------	-------------------------	-----------------------------------

1. Please answer the following questions (please circle one answer):

- | | | | |
|---|------------|----------------------------------|---------------------|
| a) Was your child in "face-to-face" contact with other children who had chickenpox? | Yes | No | Don't Recall |
| b) Did your child have a rash on his/her body? | Yes | No | Don't Recall |
| c) Did the rash "itch"? | Yes | No | Don't Recall |
| d) Were there blisters present? | Yes | No | Don't Recall |
| e) Did "scabs" appear toward the end of the rash? | Yes | No | Don't Recall |
| f) When did your child have chickenpox?
(approximate date) | | _____/_____
Month Year | |

2. If your child has not had chickenpox, has he/she had the chickenpox (varicella) shot (please circle one answer)?

Yes	No	Don't Recall
------------	-----------	---------------------

If you circled **YES**, please take your child's immunization record to the school nurse so the date of the shot can be recorded in your child's health record.

If you circled **NO** or **Don't Recall**, please take your child to their doctor or to the local health clinic to get the chickenpox shot, then take their immunization record to the school nurse so the date can be recorded in your child's health record.

Parent/Guardian Name (please print): _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Address: _____

Telephone Number (where you can be reached during the day): _____

Documentacion de Vacunacion o Enfermedad de Varicela

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Escuela: _____ Grado: _____

Ha tenido su niño(a) la varicela (favor de circular su respuesta)? Si No No Recuerdo
(vea el #1) (vea el #2) (vea el #1)

1. Favor de contestar las siguientes preguntas (favor de circular su respuesta):

- | | | | |
|--|-------------------------------|----|-------------|
| a) Tuvo contacto su niño(a) "cara-a-cara" con otros niños que tenían varicela? | Si | No | No Recuerdo |
| b) Tuvo sarpullido su niño(a) en el cuerpo? | Si | No | No Recuerdo |
| c) Le causaba "comezon" el sarpullido?" | Si | No | No Recuerdo |
| d) Le salieron ampollas? | Si | No | No Recuerdo |
| e) Cuando se termino el sarpullido, se le hicieron "costras"? | Si | No | No Recuerdo |
| f) Cuando le dio la varicela a su niño(a)?
(fecha aproximada) | _____ / _____
Mes Año | | |

2. Si no se ha enfermado su niño(a) de la varicela, tiene la vacuna contra la varicela (favor de circular su respuesta)? Si No No Recuerdo

Si su respuesta fue **Si**, favor de llevar la tarjeta de vacunacion de su niño(a) a la enfermera de la escuela para que la fecha de vacunacion sea anotada en el registro de salud de su niño (a).

Si su respuesta fue **NO** o **No Recuerdo**, favor de llevar a su niño(a) al doctor o clinica de salud local para que lo vacunen contra la varicela, luego lleven la tarjeta de vacunacion a la enfermera de la escuela para que la fecha de vacunacion sea anotada en el registro de salud de su niño(a).

Padre/Tutor (favor de usar letra de molde): _____

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono (donde te encuentras durante el día): _____