Имя и фамилия ученика _____Р

лить, существует ли какое-либо основание не делать ребёнку прививку против коклюша

ooster vaccine.

лить, имеет ли право ваш ребёнок получить данную прививку по программе VFC.

1.	Болен ли ваш ребёнок сегодня?		
2.	Имеет ли ваш ребёнок серьёзную аллергию на молочные продукты, лекарства, или пищу? Если, да, - на что?		
3.	Была ли у вашего ребёнка серьёзная реакция на прививки в прошлом?		
4.	Были ли у вашего ребёнка судороги, или болезни мозга?		
5.	Болел ли ваш ребёнок раком, лейкемией, спидом, или какими-либо другими заболеваниями иммунной системы?		
6.	Принимал ли ваш ребёнок кортизон, преднизон, другие стероиды, противоонкологические препараты, или радиационное лечение за прошедшие 3 месяца?		

7. Делали ли вашему ребёнку переливание крови, Д Ц или п z z ? _____ pi ше Д

☐ у моего ребёнка нет медицинской страховки

☐ у моего ребёнка есть Medi-Cal.

2. Мой ребёнок является коренным Американским индейцем/уроженцем Аляски