



Complete the following:

---

Last (Family) Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle Initial \_\_\_\_\_

Birth Date \_\_\_\_\_ SMC ID# \_\_\_\_\_

Program:  Undergraduate  English Language/Pathway  Other

UNDERGRADUATES ONLY: Class Year \_\_\_\_\_

## Registro de vacunación (Immunization Record)

**FECHA LÍMITE**

Estudiantes universitarios que inicien cursos en el semestre de otoño: a más tardar el **15 DE JUNIO**  
El resto de los programas: a más tardar **un mes** antes del inicio de clases

DEVOLVER POR  
CORREO, CORREO  
ELECTRÓNICO  
O FAX

Servicios médicos para estudiantes, Saint Michael's College, One Winooski Park, Box 259, Colchester, VT 05439  
Correo electrónico: [mmasson@smcvt.edu](mailto:mmasson@smcvt.edu) • Fax: +1.802.654.2699 • Teléfono: +1.802.654.2234

Es requisito de las leyes del Estado de Vermont que todos los estudiantes reciban las siguientes vacunas.

Esta parte del formulario la debe llenar y firmar tu profesional de la salud (médico o enfermera).

Vacuna contra	Fechas de administración (Dates given)	Requisitos del Departamento de Salud de Vermont
<b>Tdap o Td</b> <i>Tétanos, Difteria, Tos ferina</i>	Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> ____/____/____ Tdap Td dd / mm / aa	Un refuerzo de Tdap/Td en los últimos 10 años (de preferencia Tdap)
<b>SPR (MMR)</b> <i>Sarampión, Paperas, Rubéola</i>	#1 ____/____/____ #2 ____/____/____ <b>O BIEN</b> , Fechas del título positivo* ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ Sarampión Paperas Rubéola Titer: Measles Mumps Rubella	Dos dosis o título positivo Mínimo cuatro semanas entre ambas dosis.
<b>Meningitis bacteriana</b> (Bacterial meningitis)	____/____/____	Una dosis administrada en los últimos cinco años para los estudiantes que residen en el campus.
<b>Varicela</b>	1. Padecí la enfermedad: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> History of disease Yes No (en caso negativo, continúa al No. 2) 2. Vacuna: #1 ____/____/____ #2 ____/____/____ (Immunization) <b>O BIEN</b> , Fecha del título positivo*: ____/____/____ (Positive Titer)	Dos dosis de la vacuna contra la varicela, o antecedentes de haber padecido la enfermedad, o título positivo.
<b>Hepatitis B</b>	#1 ____/____/____ #2 ____/____/____ #3 ____/____/____ <b>O BIEN</b> , Fecha del título positivo*: ____/____/____ (Positive Titer)	Tres dosis o título positivo. Mínimo cuatro semanas entre la primera y segunda dosis. Mínimo ocho semanas entre la segunda y tercera dosis. (La tercera dosis debe administrarse 16 semanas después de la primera.)

\*Título: El título es una prueba de laboratorio que registra la inmunidad a una enfermedad.

### Información y firma/sello del profesional de la salud:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_