



# School District of Jefferson

*Providing an environment of excellence and opportunity  
for all students to achieve their dreams.*

---

[www.jefferson.k12.wi.us](http://www.jefferson.k12.wi.us)

## Office of the Superintendent

206 S. Taft Avenue  
Jefferson, WI 53549  
(920) 675-1000  
(920) 675-1020 (FAX)  
(920) 674-7880 (TDD)

## Jefferson High School

700 W. Milwaukee Street  
Jefferson, WI 53549  
(920) 675-1100  
(920) 675-1115 (Attendance)  
(920) 675-1126 (Guidance)  
(920) 675-1120 (FAX)

## Jefferson Middle School

501 S. Taft Avenue  
Jefferson, WI 53549  
(920) 675-1300  
(920) 675-1320 (FAX)

## East Elementary School

120 S. Sanborn Avenue  
Jefferson, WI 53549  
(920) 675-1400  
(920) 675-1420 (FAX)

## West Elementary School

900 W. Milwaukee Street  
Jefferson, WI 53549  
(920) 675-1200  
(920) 675-1220 (FAX)

## Sullivan Elementary School

618 Bakertown Road  
Sullivan, WI 53178  
(920) 675-1500  
(920) 675-1520 (FAX)

January 2014

Dear Parent(s)/Guardian(s),

Children who are not completely immunized when they enter school are left unprotected at a time when exposure to vaccine preventable diseases is most likely to occur. These diseases can lead to deafness, mental retardation, hearing loss, and even death. Recent outbreaks of Pertussis (whooping cough) in Jefferson County and throughout Wisconsin have proven the importance of vaccinations to protect against vaccine-preventable diseases.

Wisconsin State Immunization Law (s.252.04, Wis. Stats.) requires that all students through grade 12 meet a minimum number of required immunizations **prior** to school entrance (*see reverse side for list of requirements*). Under these laws, schools are mandated to track records, inform parents, and report non-compliant families to the local health department and District Attorney's office. **To ensure that our students are protected from vaccine-preventable diseases, the School District of Jefferson will exclude non-compliant students, grades PreK-12, on the 30<sup>th</sup> day of school, each school year.**

If you have any questions on immunization requirements, please contact your school nurse at (920) 675-1094 or the Jefferson County Health Department at (920) 674-7275. Immunizations can be obtained at your family doctor or the Jefferson County Health Department.

Thank you for your understanding with regard to this important matter.

Sincerely,

Craig S. Gerlach  
Superintendent

dh

**El Distrito Escolar de Jefferson  
Historial Médico**

**POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA LEGIBLE**

Nombre del niño (Apellido): \_\_\_\_\_ (Primero) \_\_\_\_\_ (2<sup>do</sup>) \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_  
 (Número, Calle) (Ciudad) (Zip)  
 ESCUELA: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
 Doctor principal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_  
 Dentista: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**Estimados padres y estudiantes: Con el fin de actualizar nuestros registros de salud escolar y que estén conscientes de los problemas de salud, le pedimos que llene este cuestionario. Información adicional o comentarios son bienvenidos.**

*Por favor, indique cuál de las siguientes se aplican a su hijo. Si su respuesta es "Sí" a cualquier condición, por favor proporcione una explicación complementaria:*

Sí	No	Condición	Sí	No	Condición
		<b>Alergias:</b>			<b>Hepatitis:</b>
		Fiebre del heno:			<b>Defectos de nacimiento:</b>
		Reacción a mordida de insectos:			<b>Problemas ortopédicos:</b>
		Animales:			<b>Problemas emocionales:</b>
		Comida:			<b>Erupciones de la piel:</b>
		Drogas/medicamento:			<b>Enuresis nocturna:</b>
		Otro:			<b>Hiperactivo:</b>
		<b>Asma:</b>			<b>Procedimientos Quirúrgicos:</b>
		<b>Diabetes:</b>			
		<b>Epilepsia:</b>			<b>Accidentes:</b>
		<b>Ulceras estomacales:</b>			<b>Lesiones:</b>
		<b>Corazón:</b>			<b>Enfermedades o condiciones que puedan afectar su educación:</b>
		<b>Fiebre reumático:</b>			
		<b>Hemofilia:</b>			<b>Inmunizaciones recientes:</b>

OJOS				EARS			
Sí	Año	No		Sí	Año	No	
			Es o era bizco				Infecciones frecuentes
			Usa anteojos				Alguna cirugía en el oído
			Usa contactos				Tiene pérdida auditiva
			Cualquier pérdida de la visión				Usa audífono(s)
			Cualquier otro problema ocular				Cualquier otro problema del oído
			Cualquier cirugía del ojo				Tubos en los oídos

¿Está su hijo tomando medicamentos?  No  Sí, por favor explique:  
 Nombre de la droga: \_\_\_\_\_ ¿La toma durante las horas de la escuela?  No  Sí (POR FAVOR, COMPLETE UN FORMULARIO DE MEDICAMENTO.)

Si existe alguna limitación en las actividades de su hijo en la escuela, el trabajo, o de otro tipo, sírvase enumerar las razones de limitación a continuación. Si es así, favor de incluir una nota con la fecha del doctor del estudiante que atendió el médico, debe indicar la razón, la cantidad de actividad permitida, y la duración que esta estará en efecto: \_\_\_\_\_

**Por favor escriba cualquier problema de salud significativo de miembros de la familia: (Por ejemplo: diabetes, cáncer, enfermedades del corazón, presión arterial alta, la escoliosis (curvatura de la columna vertebral):** \_\_\_\_\_

*Pertinente información actualizada de salud para su hijo puede ser compartida con la escuela que él/ella asistan. Yo doy permiso para que mi hijo participe en los programas de cuidado de la vista y la audición.*

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Fecha en que se complete este formulario