

Camp Huntington 2009

MENINGOCOCCAL MENINGITIS VACCINATION

Please sign and return to camp office

New York State Public Health Law requires that a parent or guardian of campers who attend an overnight children's camp for seven (7) or more consecutive nights, complete and return the following form to the camp.

La Ley de Salud Pública del estado de Nueva York requiere que el padre o apoderado de los niños que asisten a campamentos para niños por siete (7) o más noches consecutivas, deben completar y entregar el siguiente formulario.

Check one box and sign below/Marque uno de las casilleros y firme abajo.

- My child has had meningococcal meningitis immunization within the past 10 years.

Date received: _____

Mi hijo ha sido vacunado contra la meningitis meningocócica en los últimos 10 años.

Fecha recibida: _____

[Note: If your child received the meningococcal vaccine available before February 2005 called Menomune™, please note this vaccine's protection lasts for approximately 3 to 5 years. Revaccination with the new conjugate vaccine called Menactra™ should be considered within 3-5 years after receiving Menomune™.]

[Nota: Si su hijo recibió la vacuna contra la meningitis meningocócica disponible antes de Febrero de 2005 llamada Menomune™, por favor tome nota de que la protección de esta vacuna dura aproximadamente 3 a 5 años. La reimmunización con la nueva vacuna conjugada llamada Menactra™, debe ser considerada entre 3 a 5 años después de recibir Menomune™.]

- I have read, or have had explained to me, the information regarding meningococcal meningitis disease. I understand the risks of not receiving the vaccine. I have decided that my child will **not** obtain immunization against meningococcal meningitis disease. All meningitis information is available at the following websites for your review prior to signing this form:

http://www.health.state.ny.us/diseases/communicable/meningococcal/fact_sheet.htm

http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/meningococcal_g.htm

He leído, o se me ha explicado la información concerniente a la meningitis meningocócica. Entiendo los riesgos de no recibir la vacuna y he decidido que mi hijo no recibirá la vacuna contra la meningitis meningocócica. Toda información de meningitis está disponible en el sitio web siguiente para su revisión antes de firmar esta forma:

http://www.health.state.ny.us/diseases/communicable/meningococcal/fact_sheet.htm

http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/meningococcal_g.htm

Guardian Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____
(Padre / Apoderado)

Child's Name/Nombre del hijo: _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Address/Domicilio postal: _____

Phone Numbers: (home/cell): _____

Email Address/Correo electrónico del padre/apoderado: _____