

RIO GRANDE CITY CONSOLIDATED INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
SCHOOL HEALTH SERVICES
SHAC

SHAC
SCHOOL HEALTH ADVISORY COUNCIL
(CONCILIO CONSULTOR PARA LA
SALUD ESCOLAR)

SCHOOL ENROLLMENT
(MATRICULACION
DE ESCUELA)

Students enrollment must comply with the Texas Immunization Law. All immunizations shall be complete by the time of enrollment. However, if this is not possible, students may be allowed to remain in school (two 2 weeks minimum to 30 days maximum) provide immunizations are completed as soon as medically feasible. Parents or legal guardians are responsible for their children's immunizations. Students out of compliance will be excluded from school until proof of required immunizations is presented to the School Health Services Director and/or Designee.

Al Matricularse un estudiante debe cumplir con la Inmunización de la Ley de Texas. Todas las Inmunizaciones deberán de estar completas al tiempo de matriculación. No obstante, si esto no es posible, se permitirá que el estudiante permanezca en la escuela (a lo mínimo dos 2 semanas a lo máximo 30 días) tan pronto proporcionen completas las inmunizaciones médicamente practicadas. Padres o guardianes legales son responsables de las inmunizaciones de sus niños/as. Estudiantes fuera de cumplimiento serán excluidos de la escuela asta que la prueba de las inmunizaciones requeridas sean presentada completas a la Directora del Departamento de Servicios de Salu de la Escuela o la persona designada.

**IMMUNIZATIONS
REQUIRED
(INMUNIZACIONES
REQUERIDAS)**

- Pre-K - DTap/IPV/MMR #1 & #2 – 4 yrs.
Boosters. Hep A/Hep B- Series
Varicella – Acquired or 1st & 2nd Dose
PCV - One at least by the age or 4 yrs.
DTap/IPV/MMR #1 – Refueros de 4 años. Hep A/Hep B – Series. Varicella -enfermedad adquirida o primera y segunda dosis. PCV – a lo menos una dosis a la edad de 4 años.
- Kinder - Same as above, except PCV
Igual a lo anterior, excepto PCV
- 1st - Same as above, except PCV and 2nd
Varicella.
Igual a lo anterior, excepto PCV y segunda Varicela.
- 2nd-6th - Same as above, except DTap. Tdap will be required.
Igual a lo anterior, excepto DTap deberá ser requerida.
- 7th - Same as above. Tdap Booster required 5 yrs. after last dose administer. 2ND
Varicella and MCV4 are also required.
Igual a lo anterior. Refuerzo de Tdap es requerida a los 5 años después de la ultima dosis administrada. Segunda Varicela y MCV4 son requeridas.
- 8th-12th - Required to be current with childhood vaccines. Tdap Booster required 10 yrs. after last dose administered.
Requieren ser corrientes con las vacunas de infancia. Refuerzos Tdap requerida a los 10 años depuse de la última vacuna administrada.

CLINICS
INFLUENZA VACCINES &
PUBLIC SCHOOL
IMMUNIZATIONS
CLINICAS
INFLUENZA VACUNAS &
INMUNIZACIONES
PARA ESCULA PUBLICA

Texas Department of State Health Services
(Public Health) - 606 N. Garza St
Rio Grande City, Texas
(956)487-5556
Departamento de Servicios para la Salud
del Estado de Texas - (Salubridad
Publica) – 606 N. Garza St.
Rio Grande City, Texas (956)487-5556

Rural Clinic – Starr County Memorial
Hospital - 128 N. FM 3167
Rio Grande City, Texas 956-487-0453
Clinica Rural – Hospital Memorial
Condado Estrella - 128 N. FM 3167
Rio Grande City, Texas
956-487-0453

NCDV
Nuestra Clínica Del Valle
600 N. Garza St.
Rio Grande City, Texas (956)487-0846

Any Family Clinic of your choice.
Cualquier Clinica Familiar de su agrado.

IMMUNIZATIONS
EXEMPTION
INFORMATION
AND FORMS
INFORMACION &
FORMAS PARA
EXEPCION DE
INMUNIZACIONES

Parents or guardians need to request a vaccine exemption affidavit form in writing or via a secure online request form. Each Child's name and date of birth must be included in the request. Written requests must be submitted through the U.S. Postal Services, commercial carrier or fax to:
Padres o Guardianes necesitan solicitar una forma de excepción en declaración jurada para las vacunas en escrito o solicitar forma vía en línea segura. Cada nombre del niño/a y fecha de nacimiento deberá ser incluido en la solicitud. Solicitud en escrito deberá ser sometida por los Servicios Postales de Estados Unidos, Correo Comercial o Fax a:

Mailing Address: **(Dirección de Correo)**
Department of State Health Services
Immunizations Branch (MC 1946)
P.O. Box 149347
Austin, Texas 78714-9347

Hand Deliver: **(Entrega a Mano):**
Department of State Health Services
Immunization Branch
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756

Fax: (512) 458-7544

Secure online request form for exemption affidavit:

Línea segura para solicitar forma de excepción de Declaración Jurada:
<https://webds.dshs.state.tx.us/immco/affidavit.shtm>