

MEDICAL REQUIREMENTS

MENINGITIS RESPONSE SIGNATURE IS REQUIRED BEFORE REGISTRATION

NAME: _____ SSN#: _____
ADDRESS: _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____
PHONE: () _____ DATE OF BIRTH _____

TO BE COMPLETED AND SIGNED BY STUDENT OR PARENT/GUARDIAN FOR STUDENT UNDER THE AGE OF 18 MENINGOCOCCAL MENINGITIS.

CHECK ONE (1) BOX ONLY (ONE DOSE WITHIN 10 YEARS RECOMMENDED BY NYSPHL2167)

I HAVE READ, (SEE REVERSE SIDE) OR HAVE HAD EXPLAINED TO ME, THE INFORMATION REGARDING MENINGOCOCCAL
MENINGITIS.

THE VACCINATION WAS ADMINISTERED ON _____ DATE ____/____/____

OR

I HAVE READ, (SEE REVERSE SIDE) OR HAVE HAD EXPLAINED TO ME, THE INFORMATION REGARDING MENINGOCOCCAL
MENINGITIS.

I UNDERSTAND THE RISKS OF NOT RECEIVING THE VACCINE. I HAVE DECIDED THAT I (MY CHILD) WILL **NOT** OBTAIN
IMMUNIZATION AGAINST MENINGOCOCCAL MENINGITIS.

SIGNED: _____ **DATE:** _____

REQUISITOS MEDICOS

RESPUESTA A LA MENINGITIS CON SU FIRMA, REQUERIDOS ANTES DE REGISTRO.

NOMBRE: _____ SEGURO SOCIAL#: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: () _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PARA SER CUMPLIMENTADO Y FIRMADO POR EL ESTUDIANTE O POR EL PADRE/MADRE O TUTOR DEL ESTUDIANTE
MENOR DE 18 ANOS.

MENINGOCOCICA MENINGITIS -MARQUE SOLO UN CUADRO

HE LEIDO, (VEASE EL REVERSO), O ME HAN EXPLICADO LA INFORMACION RELATIVE A LA MENINGITIS
MENINGOCOCICA. LA VACUNA FUE ADMINISTRADA EN (**FECHA**) / / /.

O

HE LEIDO, (VEASE EL REVERSO), O ME HAN EXPLICADO LA INFORMACION RELATIVE A LA MENINGITIS
MENINGOCOCICA. YO ENTIENDO LOS RIESGOS DE NO RECIBIR LA VACUNA. HE DECIDIDO QUE YO (MI HIJO/A) NO
OBTENDRA LA INMUNIZACION CONTRA LA MENINGITIS MENINGOCOCICA.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

MEDICAL REQUIREMENTS

NEW YORK STATE PUBLIC HEALTH LAW 2167-MENINGOCOCCAL MENINGITIS

NEW YORK STATE PUBLIC HEALTH LAW 2167 TOOK EFFECT ON AUGUST 15, 2003. IT REQUIRES THAT ALL COLLEGES INFORM THEIR STUDENTS ABOUT MENINGOCOCCAL MENINGITIS AND THE MENINGITIS VACCINE. IT FURTHER REQUIRES YOU TO DO THE FOLLOWING:

COMPLETE THE REVERSE SIDE OF THIS FORM INDICATING THAT YOU HAVE RECEIVED INFORMATION ABOUT MENINGITIS AND THE MENINGITIS VACCINE AND **EITHER:**

HAVE BEEN VACCINATED AGAINST MENINGITIS WITHIN THE LAST 10 YEARS (PLEASE SUBMIT DATE)

OR

HAVE DECIDED **NOT** TO OBTAIN THE VACCINATION.

MENINGITIS IS RARE. SYMPTOMS CAN INCLUDE HIGH FEVER, SEVERE HEADACHE, STIFF NECK, AND RASH. IF NOT TREATED EARLY, MENINGITIS CAN LEAD TO SWELLING OF THE FLUID SURROUNDING THE BRAIN AND SPINAL COLUMN AS WELL AS SEVERE AND PERMANENT DISABILITIES, SUCH AS HEARING LOSS, BRAIN DAMAGE, SEIZURES, LIMB AMPUTATIONS, AND EVEN DEATH. MENINGITIS IS SPREAD THROUGH THE AIR VIA RESPIRATORY SECRETIONS SUCH AS COUGHING, SNEEZING, KISSING OR SHARING PERSONAL ITEMS LIKE UTENSILS, CIGARETTES AND DRINKING GLASSES.

A VACCINE IS AVAILABLE THAT PROTECTS AGAINST FOUR TYPES OF THE BACTERIA THAT CAUSE MENINGITIS IN THE UNITED STATES —TYPES A, C, Y AND W-135. THE MENINGITIS VACCINE IS AVAILABLE AT YOUR PRIMARY CARE PHYSICIAN OR VISIT WWW.ISTM.ORG FOR CLINIC LISTINGS. THE MENINGITIS VACCINE IS NOT OFFERED AT THE LEHMAN COLLEGE STUDENT HEALTH CENTER.

REQUISITOS MEDICOS

ESTADO DE NUEVA YORK LEY DE SALUD PUBLICA 2167 – MENINGOCOCICA MENINGITIS

Estado de Nueva York Ley de Salud Publica 2167 entro en vigor el 15 de agosto de 2003. Se requiere que todos los colegios informen a sus estudiantes acerca de la meningitis meningococica y la vacuna contra la meningitis. Asimismo, requiere que usted haga lo siguiente:

Completar la parte de alante de este formulario indicando que usted ha recibido informacion acerca de la meningitis y la vacuna contra el meningitis y

Usted ha sido vacunado contra el meningitis en los ultimos 10 anos (por favor envie la fecha)

Usted ha decidido NO obtener la vacunacion.

LA MENINGITIS ES RARA. LOS SÍNTOMAS PUEDEN INCLUIR FIEBRE ALTA, SEVEROS DOLORS DE CABEZA, RIGIDEZ EN EL CUELLO, Y ERUPCIÓN CUTÁNEA. SI NO SE TRATA TEMPRANA, LA MENINGITIS PUEDE PONER EN PELIGRO A LA HINCHAZÓN DEL FLUIDO QUE RODEA EL CEREBRO Y COLUMNA VERTEBRAL, ASÍ COMO DISCAPACIDADES GRAVES Y PERMANENTES, TALES COMO PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN, DAÑO CEREBRAL, CONVULSIONES, AMPUTACIONES DE MIEMBROS, E INCLUSO LA MUERTE. MENINGITIS se propaga por el aire a través de las secreciones respiratorias, tales como toser, estornudar, besarse o compartir artículos personales SIMILAR UTENSILIOS, cigarrillos y vasos.

UNA VACUNA DISPONIBLE QUE PROTEGE CONTRA CUATRO TIPOS DE BACTERIAS QUE CAUSAN LA MENINGITIS EN LOS ESTADOS UNIDOS-TIPOS A, C, Y Y W-135. LA VACUNA CONTRA LA MENINGITIS ESTÁ DISPONIBLE EN SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA O VISITA WWW.ISTM.ORG PARA LISTADOS DE CLÍNICAS. LA VACUNA CONTRA LA MENINGITIS NO SE OFRECE EN EL CENTRO DE SALUD DE ESTUDIANTE DE LEHMAN COLLEGE.