



## Documentación de Enfermedad por Varicela (Lechín)

(Para ser completada por el padre/madre, guardian o proveedor de servicios médicos del niño(a) / estudiante)

Esta forma es usada **SOLO** si el(la) niño(a) **TUVO** la **ENFERMEDAD** de **VARICELA**

Este documento es completado para: (Nombre del niño(a)/ estudiante)

*Primer nombre*                      *Segundo Nombre*                      *Apellido*

//

(Fecha de nacimiento del niño(a) /estudiante) mm/dd/aaaa

Yo, Padre/Guardian/Proveedor de Salud, verifico que el niño(a)/ estudiante mencionado arriba **TUVO** la **ENFERMEDAD** de **Varicela** en el año (año).

ESTA FORMA NO ES NECESARIA SI EL NIÑO(A) FUE VACUNADO(A)

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/madre/ guardian / proveedor de salud)

(Fecha)