

# STUDENT IMMUNIZATION RECORD – Registro de Vacunas

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

La ley estatal requiere que todos los estudiantes de escuelas públicas y privadas presenten evidencia escrita de las vacunas contra algunas enfermedades, dentro de 30 días de ingresa a la escuela. Los requisitos específicos de edad/grado se piden en las escuelas y departamento de salud locales (Paso 2). Se puede renunciar a estos requisitos completando y firmando un formulario de renuncia en la escuela por motivos de salud, religión o personales (Paso 3).

## Paso 1: Historia De Vacunas

Anote el Mes, Día Y Año en que hijo(a) recibió las siguientes vacunas. NO MARQUE (V) OR (X) excepto para responder la pregunta sobre varicela. Si usted no tiene registro de vacunas en su casa para este estudiante, comuníquese con el médico o departamento de salud para conseguir uno.

Tipo De Vacuna	1a. Dosis	2a. Dosis	3a. Dosis	4a. Dosis	5a. Dosis
	mes/día/año	me/días/año	me/días/año	me/días/año	me/días/año
<b>DTP/DTaP/DT/Td</b> Difteria-Tétano-Pertusas					
Refuerzo Adolescente (Marque la caja correcta) <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td					
<b>Polio</b>					
<b>Hepatitis B</b>					
<b>MMR</b> (Sarampión, Paperas, Rubeola)					
<b>Varicela</b> Vacuna de Varicela es necesario sola tu hijo nunca tenido la varicela. Mira debajo:					
Ha tenido tu niño/a la varicela? Marque la caja correcta y escribe el mes y año cuando la tenía: <input type="checkbox"/> Sí Mes y Año: _____ (la vacuna no es necesaria) <input type="checkbox"/> No o inseguro (la vacuna es necesaria)					

## Paso 2: Requisitos

2014 – 2015 Año Escolar

Edad/Grado	NÚMERO DE DOSIS					
	DTP/DTaP/DT <sup>2,6</sup>	Tdap <sup>5</sup>	Polio <sup>3</sup>	MMR <sup>1</sup>	Hep B	Varicela <sup>4</sup>
2 años – 4 años	4		3	1	3	1
Kindergarten – grado 5	4		4	2	3	2
Grados 6 - 12	4	1	4	2	3	2

- 1: Vacuna MMR para todos los estudiantes: Su niño/a debería tener la primera dosis de la vacuna MMR al cumplir su primer año de vida o después.
- 2: Vacuna DTP/DTaP/DT para los niños que entran a kindergarten: Debería tener una dosis después de cumplir 4 años.
- 3: Vacuna contra Polio para los estudiantes que entran a grados kindergarten a 12: Si su hijo(a) ha recibido la tercera dosis después de cumplir cuatro años, no se requiere una dosis adicional.
- 4: La vacuna es requerida sólo si su niño no ha tenido la enfermedad de Varicela. Dé a la fecha su niño tenía la enfermedad de varicela.
- 5: Estudiantes que recibieron una dosis de tétanos o difteria que contiene la vacuna 5 años después de entrar en un grado para el cual Tdap es requerido, entonces ello/a no se requiere recibir la vacuna Tdap.
- 6: Cuatro dosis requeridas, sin embargo si el estudiante recibiera la tercera dosis después del cuarto cumpleaños, que es aceptable.  
**Nota:** Hib es Haemophilus influenza b y sólo requiere para los niños en guarderías autorizadas. No informe en este formulario. Hep B es la vacuna contra la hepatitis B. Ellos no son los mismos y no son intercambiables.

## Paso 3: Datos de Cumplimiento

EL ESTUDIANTE CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS - Firme en el Paso 4 y devuelva este formulario a la escuela.

EL ESTUDIANTE NO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS –Marque la caja debajo, firme en el Paso 4 y devuelva el formulario a la escuela. TOME NOTA QUE SI EL ESTUDIANTE NOT TIENE TODAS SUS VACUNAS PUEDE SER EXCLUIDO DE LA ESCUELA SI APARECE UN BROTE DE ESTAS ENFERMEDADES.

Aunque mi hijo(a) NO ha recibido todas las dosis de las vacunas, ha recibido LA PRIMERA DOSIS de todas vacunas requeridas. Entiendo que la SEGUNDA DOSIS debe recibirla este año antes de cumplir 90 días de entrar a la escuela y la TERCERA Y CUARTA DOSIS si las requiere debe recibirlas antes de 30 días de este año escolar.

También entiendo que es mi responsabilidad notificar por escrito la escuela cada vez que mi hijo(a) recibe una dosis de las vacunas requeridas. **NOTA:**

**Incumplimiento con el programa o falta de notificar la escuela puede resultar en acción legal o multa de hasta \$25 por día de incumplimiento.**

<input type="checkbox"/> Por razones de salud este estudiante no puede recibir las siguientes vacunas:
Firma del médico:
<input type="checkbox"/> Por razones religiosas este estudiante no puede recibir vacunas (Nota cualquier vacunas recibidas en paso 1)
<input type="checkbox"/> Por razones de creencias personales este estudiante no puede recibir vacunas (Nota cualquier vacunas recibidas en paso 1)

## Paso 4: Firma

Yo doy permiso de que compartan los registros de inmunizaciones de mi hijo con el Registro de Inmunizaciones de Wisconsin y mi proveedor de Inmunizaciones con el propósito de mantener unos registros completos y precisos para ayudar en garantizar una inmunización completa.

Marque aquí si usted no da su permiso:

Firma del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_