

REGISTRO DE VACUNAS DEL ESTUDIANTE STUDENT IMMUNIZATION RECORD

INSTRUCCIONES A LOS PADRES: COMPLETE Y DEVUELVA A LA ESCUELA 30 DÍAS DESPUÉS DE LA ADMISIÓN. La ley estatal requiere que todos los estudiantes de escuelas públicas y privadas presenten evidencia escrita de las vacunas contra ciertas enfermedades, **dentro de 30 días escolares de admisión.** Los requisitos específicos de edad / grado se piden en las escuelas y en el departamento de salud locales. Se puede renunciar a estos requisitos completando y firmando un formulario de renuncia en la escuela por motivos de salud, religión o personales. El propósito de este formulario es medir el cumplimiento de la ley y se usará sólo para ese propósito. Si tiene preguntas sobre las vacunas o cómo llenar este formulario, comuníquese con la escuela de su hijo o con el departamento de salud local.

DATOS PERSONALES ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

| | | | | | | |
|---------------|---|--|------|---------|-------------------------------|-------------|
| Paso 1 | Nombre del estudiante | Fecha de nacimiento | Sexo | Escuela | Grado | Año escolar |
| | Nombre del padre/madre/tuto /custodio legal | Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) | | | Número de teléfono () | |

HISTORIAL DE VACUNAS

Paso 2 Indique el MES, DÍA Y AÑO en que su hijo recibió las siguientes vacunas. NO MARQUE (√) O (X) excepto para responder a la pregunta sobre varicela, Tdap o Td. Si usted no tiene un 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 Mes/día/año | 2a. DOSIS Mes/día/ año | 3a. DOSIS Mes/día/año | 4a. DOSIS Mes/día/año | 5a. DOSIS Mes/día/año |
|---|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| DTaP/DTP/DT/Td/Tdap (Difteria, Tétano, Pertusis) | | | | | |
| Vacuna de refuerzo (booster) para adolescentes (Marque la casilla apropiada) <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td | | | | | |
| Polio | | | | | |
| Hepatitis B | | | | | |
| MMR (sarampión, paperas, rubéola) | | | | | |
| Vacuna contra la varicela (viruelas locas) Esta vacuna se necesita solamente si su hijo no ha tenido la varicela. Vea más abajo: | | | | | |
| ¿Ha tenido su hijo la varicela? Marque la casilla correspondiente y anote el año si lo sabe. <input type="checkbox"/> Sí _____ año (no necesita la vacuna) <input type="checkbox"/> NO o no está seguro (necesita vacuna) | ¿Le han hecho un análisis de sangre (título de anticuerpos) a su hijo que muestre inmunidad (tenía la enfermedad o vacunación anterior) de cualquiera de las siguientes (marque todas que aplican)? <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hepatitis B Si contesta Sí, proporcione el reporte(s) de laboratorio | | | | |

REQUISITOS

Paso 3 Para determinar si este estudiante cumple con los requisitos, consulte el nivel de requisitos de acuerdo a la edad/grado del año escolar actual.

DATOS DE CUMPLIMIENTO

Paso 4 **EL ESTUDIANTE CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS**
 Firme en el Paso 5 y devuelva este formulario a la escuela
 _____ O _____

EL ESTUDIANTE NO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS
 Marque el cuadro que corresponda, firme en el Paso 5 y devuelva el formulario a la escuela. **TENGA EN CUENTA QUE SI EL ESTUDIANTE NO TIENE TODAS SUS VACUNAS PUEDE SER EXCLUIDO DE LA ESCUELA SI APARECE UN BROTE DE ESTAS ENFERMEDADES.**

Aunque mi hijo NO ha recibido todas las dosis de las vacunas, ha recibido LA PRIMERA DOSIS. 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 los 30 días de este año escolar. También entiendo que es mi responsabilidad notificar por escrito a la escuela cada vez que mi hijo recibe una dosis de las vacunas requeridas.

NOTA: La falta a permanecer al día con las vacunas puede ocasionar la exclusión de la escuela, acción judicial y/o pena de caducidad.

EXENCIONES (WAIVERS) (Indique en el Paso 2 las vacunas que ya haya recibido)

Por razones de salud este estudiante no debe recibir las siguientes vacunas: _____

FIRMA del médico Fecha de la firma

Por razones religiosas, he decidido no vacunar a este estudiante con las siguientes inmunizaciones (marque todas las que apliquen)
 DTaP/DTP/DT/Td Tdap Polio Hepatitis B MMR (sarampión, paperas, rubéola) varicela

Por razones de convicción personal, he decidido no vacunar a este estudiante con las siguientes inmunizaciones (marque todas las que apliquen)
 DTaP/DTP/DT/Td Tdap Polio Hepatitis B MMR (sarampión, paperas, rubéola) varicela

FIRMA

Paso 5 Este formulario está completo y exacto de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Marque uno: (Yo doy Yo no doy) mi consentimiento para que se compartan los registros de vacunas actuales de mi hijo en la medida en que se actualicen en un futuro con el Registro de Vacunas de Wisconsin (*Wisconsin Immunization Registry - WIR*). Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una notificación por escrito al distrito escolar. Después de la fecha de revocación, el distrito escolar no proporcionará nuevos registros ni actualizaciones a la WIR.

FIRMA - del padre/madre/tuto /custodio legal o estudiante adulto Fecha de la firma