



Aviso de advertencia: Estado del registro de vacunación de su hijo

Nombre del/de la estudiante: _____ Fecha: _____

N.º de identificación estudiantil: _____ Grado/clase: _____

Escuela: _____ Teléfono de la escuela: _____

Estimado padre o tutor:

Hemos revisado el expediente de salud de su hijo(a) y descubrimos que no ha recibido una o más de las vacunas obligatorias para poder asistir a clases. Por favor, proporcione de inmediato documentación que confirme que su hijo(a) ha recibido las vacunas que figuran más abajo o que se ha hecho una prueba de sangre para comprobar su inmunidad contra el sarampión, las paperas, la rubeola, la varicela, la polio o la hepatitis B. **Conforme a la Ley de Salud Pública § 2164, no se permitirá que su hijo(a) asista a clases después del ___/___/_____ (mes/día/año) a menos que usted proporcione documentación que confirme que su hijo(a) ha recibido las vacunas obligatorias o que tenga comprobante de inmunidad.** Para tener en cuenta: Si su hijo(a) recibió dosis de vacunas ANTES de la edad mínima (demasiado temprano), estas NO cuentan para la cantidad de dosis necesarias.

VACUNA	N.º de dosis necesarias	Notas (consulte el documento SH65 para ver información detallada por edad y grado)
DTaP (Difteria, tétanos, tos ferina acelular) DTP (Difteria-tétanos-tos ferina) Td (Tétanos-difteria)	__ 1 ^a __ 2 ^a __ 3 ^a __ 4 ^a __ 5 ^a	
Tdap (Tétanos, difteria, tos ferina acelular)	__ 1 ^a	Solamente las dosis de Tdap (o DTaP) administradas a partir de los 10 años satisfacen el requisito para 6.º, 7.º y 8.º grado. Las dosis administradas a partir de los 7 años satisfacen el requisito para los grados de 9.º a 12.º.
IPV/OPV (Polio)	__ 1 ^a __ 2 ^a __ 3 ^a __ 4 ^a	Se aceptan análisis de sangre que demuestren inmunidad, pero deben incluir los tres serotipos de polio (las pruebas deben haberse realizado antes de septiembre de 2019).
MMR (Sarampión, paperas, rubeola)	__ 1 ^a __ 2 ^a	Se aceptan análisis de sangre que demuestren inmunidad.
HepB (Hepatitis B)	__ 1 ^a __ 2 ^a __ 3 ^a	Se aceptan análisis de sangre que demuestren inmunidad o infección crónica de HepB.
Varicela (Varicela)	__ 1 ^a __ 2 ^a	Se aceptan análisis de sangre que demuestren inmunidad <u>O</u> documentación de un proveedor de salud de que tuvo la enfermedad.
MenACWY (Vacuna antimeningocócica conjugada)	__ 1 ^a __ 2 ^a	Solamente las dosis de MenACWY administradas a partir de los 10 años satisfacen el requisito para 7.º, 8.º y 9.º grado. Las dosis administradas antes de los 10 años satisfacen el requisito de primera dosis para los grados de 10.º a 12.º.
Hib (Haemophilus influenzae tipo b)	__ 1 ^a __ 2 ^a __ 3 ^a __ 4 ^a	Cuidado infantil, Head Start, guardería, 3-K o prekindergarten
PCV (Vacuna neumocócica conjugada)	__ 1 ^a __ 2 ^a __ 3 ^a __ 4 ^a	Cuidado infantil, Head Start, guardería, 3-K o prekindergarten
Gripe (influenza)	__ 1 ^a	Cuidado infantil, Head Start, guardería, 3-K o prekindergarten

Nota a los proveedores: Visiten schools.nyc.gov y busquen "immunizations" para consultar SH65 (Requisitos médicos para el año escolar 2022-23) en la sección "Information for Providers" (Información para proveedores) y los formularios relacionados con los requisitos de vacunación para ir a la escuela.

Note to Providers: Please go to schools.nyc.gov and search "immunizations" to review SH65 (Medical Requirements for School Year 2022-23) in the "Information for Providers" section and school immunization requirements-related forms.

Muestre esta carta al médico de su hijo(a) para que reciba la(s) dosis indicada(s) que falta(n). Si su hijo(a) **ya** recibió estas vacunas, presente el registro de vacunación o documentación de inmunidad al director de la escuela. No se permitirá un esquema de vacunación alternativo. Si tiene alguna pregunta sobre la ley relacionada con los requisitos de vacunación para ir a la escuela o necesita saber dónde puede vacunar a su hijo(a), llame al **311**.

Atentamente,