



Advertencia: Estatus de inmunización de su hijo

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

ID de la escuela: _____ Grado/Clase: _____

Escuela: _____ Número de teléfono de la escuela: _____

Estimados padres o tutores:

Revisamos el expediente de vacunación de su hijo y descubrimos que le faltan la (s) vacuna (s) requerida (s) para poder asistir a clases. Tenga la bondad de aportar documentos probatorios de que su hijo recibió las vacunas enumeradas a continuación. De conformidad con el artículo 2164 de la Ley de Salud Pública, si no obtenemos estos documentos, el alumno ya no podrá venir a la escuela después de ____/____/____. **Atención: si su hijo recibió dosis de vacuna ANTES de la edad o el intervalo mínimo, esas dosis NO cuentan para la cantidad necesaria.**

| Vacuna | Número de dosis necesarias | Notas (Remítase a SH65 para que obtenga detalles por edad y grado) |
|---|---|--|
| DTaP (difteria-tétanos-tos ferina acelular) DTP (difteria-tétanos-tos ferina) Td (tétanos-difteria) | 1. ^{ra} . 2. ^{da} . 3. ^{ra} . 4. ^{ta} . 5. ^{ta} . | <ul style="list-style-type: none"> Cuatro dosis para prekínder. Cinco dosis para kínder (K) hasta 5.^o grado; si la 4.^{ta} dosis de DTaP fue administrada a los cuatro años o más, no se necesita la 5.^{ta} dosis, y si la serie se inicia a los 7 años o más, solo se necesitan 3 dosis. Tres dosis para los grados de 6.^o a 12.^o. |
| Tdap (tétanos-difteria-tos ferina acelular) | 1. ^{ra} . | <ul style="list-style-type: none"> Para todos los niños mayores de 11 años, alumnos de los grados de 6.^o a 12.^o. |
| IPV/OPV (Polio) | 1. ^{ra} . 2. ^{da} . 3. ^{ra} . 4. ^{ta} . | <ul style="list-style-type: none"> Tres dosis para prekínder, grados 5.^o, 11.^o y 12.^o. Se requieren cuatro dosis para kínder hasta 4.^o grado y grados de 6.^o a 10.^o; si la 3.^{ra} dosis se recibió a la edad de 4 años o más, solo se necesitan 3 dosis. Para todos los grados, la dosis final debe ser a los 4 años o después y al menos 6 meses después de la dosis anterior. Para análisis de sangre que muestren prueba de inmunidad, se requieren <u>los tres serotipos de polio</u>. |
| Hib (Haemophilus influenzae tipo b) | 1. ^{ra} . 2. ^{da} . 3. ^{ra} . 4. ^{ta} . | <ul style="list-style-type: none"> Solo para guarderías y niños de prekínder: la vacuna debe administrarse según la edad con la rutina de la niñez y horarios de recuperación. |
| MMR (Paperas sarampión, rubéola) | 1. ^{ra} . 2. ^{da} . | <ul style="list-style-type: none"> Una dosis el día del primer cumpleaños o después para prekínder. Dos dosis para los grados de kínder a 12.^o. La segunda dosis de una vacuna que contenga sarampión (se prefiere MMR) se debe administrar 28 días o más después de la primera dosis. Se aceptan análisis de sangre que muestren prueba de inmunidad. |
| Hep B (Hepatitis B) | 1. ^{ra} . 2. ^{da} . 3. ^{ra} . | <ul style="list-style-type: none"> Tres dosis para prekínder hasta el 12.^o grado. Se aceptan análisis de sangre que muestren prueba de inmunidad o infección crónica. |
| Varicela (Chickenpox) | 1. ^{ra} . 2. ^{da} . | <ul style="list-style-type: none"> Una dosis el día del 1.^{er} cumpleaños o después para prekínder, 5.^o, 11.^o y 12.^o grado. Dos dosis para kínder hasta 4.^o grado y grados del 6.^o al 10.^o, separadas por al menos 28 días. Se aceptan análisis de sangre que muestren prueba de inmunidad O documentación por parte del proveedor acerca de la existencia de enfermedad. |
| PCV (Vacuna neumocócica conjugada) | 1. ^{ra} . 2. ^{da} . 3. ^{ra} . 4. ^{ta} . | <ul style="list-style-type: none"> Solo para guarderías y prekínder: la vacuna debe administrarse según la edad con la rutina de la niñez y horarios de recuperación. |
| MenACWY (Vacuna conjugada contra el meningococo) | 1. ^{ra} . 2. ^{da} . 3. ^{ra} . | <ul style="list-style-type: none"> Una dosis para los grados 7.^o, 8.^o, y 9.^o. Dos dosis para el 12.^o grado, con al menos una dosis recibida a la edad de 16 años o más. Si la primera dosis se recibió a los 16 años o más, solo se requiere una dosis. |

Si su hijo ya recibió estas vacunas, entréguele el expediente oficial a la enfermería escolar o al (a la) director(a) de la escuela. Se adjunta una copia del calendario de inmunización escolar requerido en el año 2018-2019. Para obtener más información sobre dónde su hijo puede recibir vacunas, llame al **311**.

(Principal Name/Signature)