



Aviso de exclusión de la escuela: Debido a la falta de vacunas obligatorias

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

ID de la escuela: _____ Grado/Clase: _____

Escuela: _____ Número de teléfono de la escuela: _____

Estimados padres o tutores:

Me dirijo a ustedes en la oportunidad de informarles que su hijo no ha recibido todas las vacunas obligatorias para venir a clases. De conformidad con el artículo 2164 de la Ley de Salud Pública, a su hijo no se le permitirá regresar a la escuela, a menos que proporcione expedientes médicos según los cuales ya recibió la(s) siguiente(s) vacuna(s):

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)