

REGISTRO DE VACUNAS DEL ESTUDIANTE

INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES: COMPLETAR Y DEVOLVER A LA ESCUELA DENTRO DE LOS 30 DÍAS DESPUÉS DE LA ADMISIÓN. La ley estatal requiere que todos los estudiantes de escuelas públicas y privadas presenten evidencia escrita de vacunación contra ciertas enfermedades dentro de los 30 días escolares posteriores a la admisión. Los requisitos actuales específicos de edad/grado están disponibles en las escuelas y los departamentos de salud locales. Estos requisitos solo se pueden renunciar si se presenta ante la escuela una exención de convicciones personales, religiosas o de salud debidamente firmada. El propósito de este formulario es medir el cumplimiento de la ley y se utilizará únicamente para ese propósito. Si tiene preguntas sobre las vacunas o cómo completar este formulario, comuníquese con la escuela de su hijo o el departamento de salud local.

Paso 1

INFORMACIÓN PERSONAL

POR FAVOR IMPRIMIR

El nombre del estudiante	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Sexo	Escuela	Calificación	Año escolar
Nombre del padre/tutor/custodio legal	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		Número de teléfono	

Paso 2 HISTORIAL DE VACUNAS

Indique el MES, DÍA Y AÑO que su hijo recibió cada una de las siguientes vacunas. NO USE () O (X) excepto para responder la pregunta sobre varicela, Tdap o Td. Si no tiene un registro de vacunas de este estudiante en casa, comuníquese con su médico o el departamento de salud pública para obtenerlo.

TIPO DE VACUNA*	PRIMERA DOSIS DD/MM/AAAA	SEGUNDA DOSIS DD/MM/AAAA	TERCERA DOSIS DD/MM/AAAA	CUARTA DOSIS DD/MM/AAAA	QUINTA DOSIS DD/MM/AAAA
DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétanos, tos ferina)					
Refuerzo para adolescentes (marque la casilla correspondiente) <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> td					
Polio					
Hepatitis B					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
Vacuna contra la varicela La vacuna se requiere sólo si su hijo no ha tenido varicela. Vea abajo:					
¿Su hijo ha tenido la enfermedad de varicela (varicela)? Marque la casilla correspondiente y proporcione el año, si lo conoce: Año <input type="checkbox"/> Sí _____ (no se requiere vacuna) <input type="checkbox"/> NO o No estoy seguro (se requiere vacuna)			¿Le ha hecho a su hijo un análisis de sangre (título) que muestre inmunidad (tuvo enfermedad o vacunación previa) a alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Paperas sarampión Rubéola <input type="checkbox"/> Hepatitis B En caso afirmativo, proporcione los informes de laboratorio.		

Paso 3 REQUISITOS

Consulte los requisitos de edad/nivel de grado para el año escolar actual para determinar si este estudiante cumple con los requisitos.

Paso 4 DATOS DE CUMPLIMIENTO 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 la casilla correspondiente a continuación, firme en el Paso 5 y devuelva este formulario a la escuela. TENGA EN CUENTA QUE LOS ESTUDIANTES NO COMPLETAMENTE VACUNOS PUEDEN SER EXCLUIDOS DE LA ESCUELA SI OCURRE UN BROTE DE UNA DE ESTAS ENFERMEDADES.

Aunque mi hijo NO ha recibido TODAS las dosis requeridas de vacuna, se han recibido LAS PRIMERAS DOSIS. Entiendo que la SEGUNDA DOSIS debe recibirse antes del día escolar 90 después de la admisión a la escuela este año, y que la TERCERA DOSIS y la CUARTA DOSIS, si es necesario, deben recibirse antes del día escolar 30 del próximo año. También entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela por escrito cada vez que mi hijo reciba una dosis de la vacuna requerida.

NOTA: No cumplir con el cronograma puede resultar en exclusión de la escuela, acción judicial y/o multa de decomiso.

EXENCIONES (Enumere en el Paso 2 anterior, la(s) fecha(s) de cualquier vacuna que su hijo ya haya recibido)

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

FIRMA - Médico Fecha de firma

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

Por motivos de convicción personal, he optado por no vacunar a este estudiante con las siguientes vacunas (marque todas las que correspondan)
 DTaP/DTP/DT/Td Tdap Polio Hepatitis B MMR sarampión, paperas, rubéola Varicela

Paso 5 FIRMA Este formulario

está completo y es preciso, según mi leal saber y entender. Marque uno: (Sí, no doy) permiso para compartir los registros de vacunación actuales de mi hijo y sus actualizaciones en el futuro con el Registro de Vacunación de Wisconsin (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 al WIR.

FIRMA: Padre/Tutor/Custodio Legal o Estudiante Adulto

Fecha de firma