



# NOTIFICACIÓN DE VACUNACIÓN INVÁLIDA

## Requisito de Vacunación para la Escuela

Estimado padre o tutor de: \_\_\_\_\_

Nombre completo del niño (LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño (mm/dd/aaaa)

La vacunación es una de las mejores maneras que los padres pueden proteger a los bebés, niños y adolescentes contra enfermedades potencialmente dañinas que pueden causar enfermedades graves, hospitalización e incluso la muerte. El objetivo de esta carta es para informarle de que una o más de las vacunas que su hijo recibió no son válidas.

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) publica un calendario de vacunación recomendado que explica las vacunas que se recomiendan para cada grupo de edad, cuántas dosis de la vacuna se necesitan para proteger a una persona de cada enfermedad, y cómo espaciar las dosis. Cuando las dosis se administran demasiado juntas, el cuerpo no tiene el tiempo suficiente para desarrollar la inmunidad y no se garantiza la eficacia de la vacuna. Para asegurarse de que su hijo está adecuadamente protegido contra estas enfermedades prevenibles por vacunación y que cumple con los requisitos de vacunación para asistir a la guardería, debe ser revacunado con:

- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DTaP        | <input type="checkbox"/> MMR          |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Polio        |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Tdap Booster |
| <input type="checkbox"/> Meningococo | <input type="checkbox"/> Varicella    |

Si usted tiene una tarjeta de vacunación adicional donde se documenta que su hijo ha sido revacunado después de recibir la dosis no válida, por favor, le pedimos que nos traiga el registro para que podamos actualizar nuestros archivos. De lo contrario, le pedimos que entregue este formulario a su proveedor de atención médica del niño y devuelva el formulario completo a la escuela a más tardar el: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (un mes a partir de hoy).

Si no entrega este formulario completo, la documentación de la revacunación o la exención de los plazos especificados anteriormente pueden provocar que su hijo sea excluido de la escuela de acuerdo con la Ley de Procedimientos Administrativos de Idaho (IDAPA) 16.02.15. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la escuela de su hijo.

### **REVACUNACIÓN (Se requiere la firma de un médico con licencia Y una copia del registro actualizado)**

Como proveedor de cuidado de la salud con licencia de este niño, certifico que este niño fue revacunado acuerdo con las recomendaciones del ACIP y he adjuntado a este formulario una copia actualizada del registro de vacunación del niño.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Proveedor de Cuidado de la Salud con Licencia (LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor de Cuidado de la Salud con Licencia

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **PRUEBA DE LABORATORIO DE INMUNIDAD (Se requiere la firma de un médico Y una copia del análisis de laboratorio)**

Como médico de este niño, certifico que los resultados de las pruebas de laboratorio asociadas a este formulario demuestran que este niño es inmune a la(s) siguiente(s) enfermedad(es): \_\_\_\_\_

Tipo de prueba realizada: \_\_\_\_\_ Fecha de la prueba: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico (LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Licencia Médica #

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **EXENCIÓN DEL CRITERIO MÉDICO DEL MÉDICO (Se requiere la firma de un médico con licencia)**

De acuerdo con las recomendaciones del ACIP, una o más de las dosis de la vacuna que este niño recibió se consideran no válidas porque no se cumplió con los requisitos mínimos de intervalo y / o edad. Sin embargo, como médico de este niño, certifico que, a mi criterio médico no es necesario repetir la(s) dosis no válida(s) administrada(s) para el niño. En caso del brote de una enfermedad prevenible con la vacuna, el niño puede ser excluido de la escuela mientras dure el brote.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico (LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Licencia Médica #

\_\_\_\_\_  
Fecha