



# Registro de vacunación del alumno

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE  
 ( ) Completa; requiere refuerzo el \_\_\_\_\_  
 ( ) En curso, los 8 meses vencen el \_\_\_\_\_  
 ( ) Exención médica por \_\_\_\_\_  
 ( ) Objeción consciente por \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de estudiante \_\_\_\_\_

La Sección 121A.15 de los Estatutos de Minnesota requiere que los niños inscriptos en una escuela de Minnesota estén vacunados contra ciertas enfermedades, permitiendo excepciones específicas. Este formulario ha sido creado para proporcionar a la escuela la información que requiere la ley.

Indique el MES, DÍA, y AÑO de todas las vacunas que recibió el alumno. NO USE (✓) or (\*). Las vacunas / dosis en la parte coloreada se recomiendan pero no las requiere la ley.

Tipo de vacuna	1º dosis Mes/Día/Año	2º dosis Mes/Día/Año	3º dosis Mes/Día/Año	4º dosis Mes/Día/Año	5º dosis Mes/Día/Año
<b>Difteria, tétanos y tos ferina</b> (DTaP, DTP)					
<b>Difteria y tétanos (DT) - fórmula pediátrica (&lt;7 años)</b>					
<b>Tétanos y difteria (Td, Tdap) – fórmula para adultos (7 años)</b>					
<b>Poliomielitis (IPV, OPV)</b>					
<b>Sarampión, papera y rubéola (MMR) (edad mínima: 12 meses)</b>					
<b>Hepatitis B (hep B) *</b>					
<b>Varicela (varicela)**</b>					
<b>Conjugado contra neumococos (PCV)***</b>					
<b>Haemophilus influenzae tipo b (Hib)***</b>					
<b>Antimeningocócica (MPSV4, MCV4)</b>					
<b>Virus del Papiloma Humano (HPV)</b>					
<b>Hepatitis A (hep A)</b>					
<b>Rotavirus</b>					

\* Hepatitis B se requiere para jardín de infantes y 7º grado.  
 \*\* Es un requisito que los niños de jardín de infantes a 7º grado reciban la vacuna contra la varicela o hayan tenido la enfermedad. A partir del 1 de septiembre, 2008, todos los niños de jardín de infantes a 7º grado deberán recibir dos dosis de la vacuna.  
 \*\*\* Las vacunas PCV y Hib se recomiendan solamente para niños hasta los 4 años.  
 Nota al personal de la escuela: Asegúrese de poner la inicial y la fecha en cualquier nueva información que agregue a este formulario después de que lo presente el padre o tutor. También registre las vacunas en combinación (por ejemplo, DTaP+Hib, Hib+HBV) en cada espacio correspondiente.

Indique la situación de la vacunación y la fuente de la información anterior eligiendo una de las siguientes opciones:

- Certifico que este estudiante ha recibido todas las vacunaciones requeridas por la ley.  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del padre o tutor o médico / clínica pública Fecha
- Certifico que este estudiante ha recibido por lo menos una dosis de la vacuna contra la difteria, tétanos y tos ferina (si la edad es apropiada), poliomielitis, hepatitis B (jardín y 7º), varicela (jardín y 7º), sarampión, paperas y rubéola y que completará la serie de vacunas contra la difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B y/o poliomielitis en los próximos 8 meses. Las fechas en que se colocarán las dosis restantes son:  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del médico / clínica pública Fecha

**Exención médica:** No se requiere que el estudiante reciba una vacunación si existe una contraindicación médica o evidencia de inmunidad de laboratorio. Para recibir la exención médica, un médico debe firmar la siguiente declaración:

Certifico que la vacunación está contraindicada por razones médicas o que existe confirmación de laboratorio de inmunidad adecuada de las siguientes vacunas:

\_\_\_\_\_  
 Firma del médico Fecha

**Objeción consciente:** No es obligatorio que un estudiante reciba una vacuna que esté en contra de una creencia consciente de sus padres o tutor. Sin embargo, no seguir las recomendaciones de vacunación puede poner en peligro la salud o la vida del estudiante o de otra gente con quien el estudiante entra en contacto. Para recibir esta exención, un padre o tutor legal debe completar y firmar la siguiente declaración y hacerla certificar por un notario:

Certifico ante un notario que la vacunación de mi niño está en contra de mis creencias. Indique las vacunas:

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre o tutor legal Fecha

Suscripto y jurado ante mi este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del notario

**Historia de la enfermedad de la varicela:**

Certifico que este niño tuvo la varicela en esta fecha: \_\_\_\_\_ (MES/AÑO) y que por lo tanto no necesita la vacuna contra la varicela.

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre o tutor legal o del médico / clínica pública Fecha

**Exenciones adicionales**

- **Niños menores de 7 años:** La 5º dosis de la DTaP/DTP/DT (igualmente, la 4º dosis de la vacuna antipoliomielítica) no se necesita si se administró la 4º dosis de la DTaP/DTP/DT (3º dosis de la vacuna antipoliomielítica) después de cumplir los 4 años.
- **Niños de 7 años o mayores:** Un antecedente de 3 dosis de DTaP/DTP/DT/Td y 3 dosis de la vacuna antipoliomielítica cumple los requisitos mínimos de la ley.
- **Estudiantes de 7º a 12º grado:** No se requiere un refuerzo de la vacuna Td o Tdap a los 11 años o después para los estudiantes de 7º a 12º grado cuya vacuna Td más reciente se puso después de cumplir los 7 años pero antes de cumplir los 11. En cambio, el refuerzo se requerirá 10 años después de la fecha de la dosis más reciente.
- **Estudiantes de 11 a 15 años de edad:** No se requiere una 3º dosis de la vacuna contra la hepatitis B para los estudiantes que entreguen documentación del programa alternativo de 2 dosis.
- **Estudiantes de 10 años o mayores:** Pueden recibir la Tdap para cumplir con la Td requerida para los estudiantes de 7º a 12º grado.
- **Estudiantes de 18 años o mayores:** No necesitan la vacuna antipoliomielítica.