

# Registro de vacunación del alumno

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE

- ( ) Completo; se requiere refuerzo en \_\_\_\_\_  
 ( ) En proceso; vence en 8 meses \_\_\_\_\_  
 ( ) Excepción médica para \_\_\_\_\_  
 ( ) Objeción de conciencia para \_\_\_\_\_  
 ( ) Consentimiento del padre/tutor \_\_\_\_\_

Nombre del alumno \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número del alumno \_\_\_\_\_

La ley de Minnesota exige que los niños inscritos en la escuela se encuentren vacunados contra ciertas enfermedades o, de lo contrario, se presente una objeción de conciencia médica o legal (**vea el dorso para más información sobre la excepción**).

**Padre:** Ingrese el MES, DÍA y AÑO correspondientes a todas las vacunas que su hijo ha recibido **O complete la información sobre la excepción al dorso.** NO USE (✓) or (\*). Las vacunas/dosis en los casilleros sombreados se recomiendan pero no se exigen por ley.

**Personal de la escuela:** Asegúrese de colocar iniciales y fecha a cualquier información nueva que agregue a este formulario después de que el padre/tutor lo hayan presentado. Además, registre la combinación de vacunas (por ejemplo, DTaP+HepB+IPV, Hib+HepB) en cada espacio según corresponda.

Tipo de vacuna	1.º dosis Mes/Día/Año	2.º dosis Mes/Día/Año	3.º dosis Mes/Día/Año	4.º dosis Mes/Día/Año	5.º dosis Mes/Día/Año
<b>Requerido</b> (Los casilleros sombreados indican las dosis que no son dadas regularmente; sin embargo, si su hijo las ha recibido, favor de escribir la fecha en el casillero sombreado.)					
<b>Difteria, Tétanos y Pertussis</b> (DTap, DTP)					
<b>Difteria y Tétanos</b> (DT) • para niños de hasta 6 años					
<b>Tétanos y Difteria</b> (Tdap, Td) • para niños a partir de los 7 años					
<b>Poliomielitis</b> (IPV, OPV)					
<b>Sarampión, Paperas y Rubéola</b> (MMR) • edad mínima: al cumplir un año o después • se exige para jardín de infantes y 7.º grado					
<b>Hepatitis B</b> (hep B) • se exige para jardín de infantes y 7.º grado					
<b>Varicela</b> (varicela) • edad mínima: al cumplir un año o después • vacuna o antecedentes de enfermedades que se exigen para jardín de infantes y 7.º grado					
<b>Recomendado</b>					
<b>Meningocócica</b> (MCV, MPSV)					
<b>Virus del papiloma humano</b> (HPV)					
<b>Hepatitis A</b> (hep A)					

**1. Elija una de las opciones a continuación para indicar el estado de vacunación del alumno y la fuente de información antes mencionada:**

A. Certifico que este alumno ha recibido todas las vacunas que la ley exige.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

B. Certifico que este alumno ha recibido por lo menos una dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la pertussis (si es apropiado para la edad), poliomielitis, hepatitis B (Jardín de infantes y 7.º grado), varicela (Jardín de infantes y 7.º grado), sarampión, paperas y rubéola, y que completará su serie de vacunas contra la difteria, el tétanos y la pertussis, hepatitis B o poliomielitis dentro de los próximos 8 meses. Las fechas en las que deberán darse las dosis restantes son:

\_\_\_\_\_  
Firma del médico/clínica pública

\_\_\_\_\_  
Fecha

**-REVERSO-**

Nombre del alumno \_\_\_\_\_

**2. Consentimiento del padre/tutor:**

La escuela de su hijo le solicita permiso para compartir el registro de vacunación de su hijo con el registro de vacunación de Minnesota para ayudarnos a proteger mejor a los alumnos de las enfermedades. No es obligatorio firmar este consentimiento, sino voluntario. Además, toda la información que proporcione se clasifica legalmente como información privada y podrá cederse solo a las personas legalmente autorizadas por la ley de Minnesota para recibirla.

Acepto que el personal de la escuela comparta el registro de vacunación de mi alumno con el registro de Minnesota:

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**3. Exención a la Ley de Vacunación Escolar**

**A. Exención médica:**

Ningún alumno está obligado a recibir una vacuna si tiene una contraindicación médica, antecedentes de enfermedades o evidencia de laboratorio de inmunidad. Para que un alumno reciba una exención médica, la declaración a continuación debe ser firmada por un médico, un enfermero profesional o un auxiliar médico:

Certifico que las vacunas en la lista a continuación están contraindicadas por razones médicas, evidencia de laboratorio de inmunidad o bien porque tal inmunidad existe debido a un antecedente de enfermedad confirmado por laboratorio. (Para la varicela, consulte \* a continuación.)

Vacuna(s) eximida(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del médico/enfermero profesional/auxiliar médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Antecedentes de varicela solamente. En el caso de la enfermedad de la varicela, esta fue diagnosticada por un médico o adecuadamente descrita por el padre, lo que me indica una infección pasada de varicela en \_\_\_\_\_.

Año

\_\_\_\_\_  
Firma del médico/enfermero profesional/auxiliar médico

**B. Objeción de conciencia:**

Ningún alumno está obligado a recibir una vacuna contraria a las creencias a las que conscientemente adhiere su padre o tutor. Sin embargo, no seguir las recomendaciones de vacunación puede poner en peligro la salud o la vida tanto del alumno como de otros que tomen contacto con él. En caso de un brote de enfermedad, las escuelas podrán excluir a aquellos niños que no estén vacunados para brindarles protección tanto a ellos como a los demás. Para recibir una exención de vacunación, un padre o tutor legal debe completar y firmar la siguiente declaración ante un notario:

Certifico ante notario que resulta contrario a las creencias conscientemente sostenidas por mí que mi hijo reciba la(s) vacuna(s) a continuación:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

Jurado y suscrito ante mí el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

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

**Exenciones adicionales:**

- **Niños menores de 7 años:** La 5.º dosis de DTaP/DTP/DT (al igual que, la 4.º dosis de la vacuna contra la polio) no es necesaria si se administró la 4.º dosis de DTaP/DTP/DT (3.º dosis de polio) después de cumplidos los 4 años.
- **Niños a partir de los 7 años:** Un historial de 3 dosis de DTaP/DTP/DT/Td/Tdap y 3 dosis de vacuna contra la polio satisfacen el mínimo exigido por ley.
- **Alumnos de los grados 7 a 12:** Los alumnos en los grados 7 a 12 cuya Td o Tdap más reciente fue administrada después de cumplir los 7 años pero antes de los 11 años no necesitan un refuerzo de la Td ni Tdap a los 11 años ni a una edad posterior. En cambio, sí será necesario 10 años después de la fecha de la dosis más reciente.
- **Alumnos de 11 a 15 años de edad:** No es necesaria una 3.º dosis de la vacuna contra la hepatitis B para los alumnos que presenten la documentación del programa alternativo de 2 dosis.
- **Alumnos de más de 10 años:** Pueden recibir la vacuna Tdap para cumplir con la exigencia de la Td para alumnos en los grados 7 a 12.
- **Alumnos mayores de 18 años:** No necesitan la vacuna contra la polio.