



Colorado Department
of Public Health
and Environment

Formulario de inmunización en proceso

Vacunas necesarias

para la asistencia a la escuela/centro de cuidado de niños

Nota para el proveedor de atención médica: El Estatuto 6 CCR 1009-2 de Colorado requiere el establecimiento de vacunas requeridas para la escuela a través de la autoridad de la Junta de Salud de Colorado como un requisito para la asistencia de los estudiantes en las escuelas de Colorado. El programa "necesario" sigue muy de cerca al programa recomendado por ACIP/AAP. Por favor, comuníquese con la Sección de Inmunización de Colorado llamando al 303-692-2700 si tiene alguna pregunta acerca de los requisitos de las vacunas requeridas por la escuela. Gracias.

A los padres/tutores de: _____

Su hijo(a) necesitará un registro de vacunas actualizado que incluya las vacunas requeridas para poder asistir a la escuela/centro de cuidado de niños. Este formulario puede usarse como un plan para su hijo(a) como un registro de de las vacunas requeridas a medida que sean aplicadas. La ley de Colorado permite que su hijo(a) asista a un centro de cuidado de niños/escuela mientras se pone al día con sus vacunas. Por favor, presente un registro de vacunas a la escuela luego de cada inmunización.

Las siguientes vacunas son necesarios por:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DTaP (difteria/tétanos/tos ferina) | <input type="checkbox"/> Hib (<i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b) |
| <input type="checkbox"/> Tdap (tétanos/difteria/tos ferina) | <input type="checkbox"/> PCV13 (neumococo conjugado) |
| <input type="checkbox"/> Td (tétanos/difteria) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Varicela (varicela) |
| <input type="checkbox"/> MMR (sarampión/paperas/rubéola) | |

Todos los informes de la enfermedad **varicela** deben estar documentados por un proveedor de atención médica (médico o RN)

Tenga en cuenta que: Si alguna vacuna va en contra de sus **creencias religiosas**, debe firmar una exención religiosa. Si su hijo(a) no puede recibir una vacuna por **razones médicas**, un médico debe firmar una exención médica. Si usted tiene **creencias personales** que se oponen a una vacuna, debe firmar una exención personal. Los formularios de exención pueden encontrarse en la parte posterior del Certificado de Inmunización del Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado.

Firma: _____ Fecha: _____

Escuela/cuidado de niños: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Método de notificación: Teléfono Correo Personalmente

Si esta casilla está marcada, se necesita más de una dosis de la vacuna indicada anteriormente, y el plan a continuación debe ser completado por un proveedor de atención médica, firmado por usted y devuelto a nosotros antes de la fecha límite anterior. Envíenos un registro a medida que se apliquen las vacunas. Este plan estará en proceso hasta que se complete el Certificado de Inmunización oficial.

VACUNA	PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA		CUÁNDO DEBE APLICARSE				
	Si usted necesita una derivación a un proveedor de atención médica, llame al 1-800-688-7777.		El programa debe respetar los intervalos médicamente recomendados de acuerdo a ACIP, AAP o al prospecto del fabricante de la vacuna.				
DTaP	Nombre	Número de teléfono	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Tdap	Nombre	Número de teléfono	Fecha				
Td	Nombre	Número de teléfono	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	
Polio	Nombre	Número de teléfono	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	
MMR	Nombre	Número de teléfono	Fecha		Fecha		
Hib	Nombre	Número de teléfono	Fecha		Fecha	Fecha	
PCV13	Nombre	Número de teléfono	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	
Hepatitis B	Nombre	Número de teléfono	Fecha		Fecha	Fecha	
Varicela	Nombre	Número de teléfono	Fecha			Fecha	

Estoy de acuerdo con el plan anterior para recibir las vacunas requeridas, enviar los registros y completar el Certificado de Inmunización.

Firma: _____ Fecha: _____

padre/tutor del menor o menor emancipado nombrado anteriormente