



Colorado Department
of Public Health
and Environment

Aviso de requisitos de vacuna

Vacuna(s) requerida(s) para la escuela/centro de cuidado de niños

Note to Health Care Provider: Colorado Statute 6 CCR 1009-2 mandates the establishment of school required vaccines through the authority of the Colorado Board of Health as a requirement for student attendance at Colorado Schools. The "required" schedule closely follows the ACIP/AAP recommended schedule. Please contact the Colorado Immunization Section at 303-692-2650 if you have questions about the school required vaccine requirements. Thank you.

Al padre o tutor de: _____

El menor mencionado anteriormente no cuenta con un expediente de vacuna o no tiene un Certificado de Vacuna actualizado en nuestros registros. Si no se nos envía el expediente de vacuna(s) marcado a continuación antes del _____, el menor será excluido de la escuela de conformidad a la ley de Vacuna de Colorado.

Nuestros registros indican que la(s) siguiente(s) vacuna(s) es/son necesarias según el nivel de grado de su hijo(a): (comuníquese con su proveedor de atención médica o con departamento de salud local en _____ para obtener las inmunizaciones necesarias)

_____ **DTaP**

(Difteria/Tétanos/Tos ferina)

_____ **Poliomielitis**

_____ **PCV13**

(Neumocócica conjugada)

_____ **Td**

(Tétanos/Difteria)

_____ **MMR**

(Sarampión/Paperas/Rubeola)

_____ **Hepatitis B**

_____ **Hib**

(*Haemophilus influenzae* tipo b)

_____ **Varicela ***

(Varicela)

_____ **Tdap**

(Tétanos/Difteria/Tos ferina)

*Si un menor ha padecido de varicela, debe estar documentado por un proveedor de atención médica. También puede incluir una evaluación de historial de enfermedades de una enfermera de salud pública o enfermera escolar.

Si el menor **ya cuenta con** esta(s) vacuna(s), asegúrese de que recibamos un registro de vacunas actualizado. Si el menor **necesita** una(s) vacuna(s), haga una cita con un proveedor de atención médica lo antes posible, y comuníquenos la fecha y horario de la cita, y también el nombre y número de teléfono de la clínica. **Si no tiene seguro, llame al 1-800-688-7777 y pregunte por la agencia de salud local más cercana a su hogar.**

Tenga en cuenta que: Si la vacuna está en contra de sus **creencias religiosas**, debe firmar una excepción religiosa. Si su hijo(a) no puede recibir una vacuna por **motivos médicos**, un médico debe firmar una excepción médica. Si usted tiene **creencias personales** en contra de una vacuna, debe firmar una excepción personal. Los formularios de excepción se pueden encontrar en el lado anverso del Certificado de Vacuna del Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Escuela/Centro de cuidado de niños: _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____