

**REGISTRO DE VACUNAS DEL ESTUDIANTE  
 STUDENT IMMUNIZATION RECORD**

**INSTRUCCIONES A LOS PADRES:** COMPLETE Y DEVUELVA A LA ESCUELA 30 DÍAS DESPUÉS DE LA ADMISIÓN. La ley estatal requiere que todos los estudiantes de escuelas públicas y privadas presenten evidencia escrita de las vacunas contra algunas enfermedades, **dentro de 30 días después de entrar en la escuela.** Los requisitos específicos de edad / grado se piden en las escuelas y departamento de salud locales. Se puede renunciar a estos requisitos completando y firmando un formulario de renuncia en la escuela por motivos de salud, religión o personales (vea "RENUNCIAS" al reverso). Este formulario es para controlar el cumplimiento con la ley y se usará sólo para ese propósito. Si quiere hacer alguna pregunta, comuníquese con la escuela o departamento de salud local.

**DATOS PERSONALES**

**ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE**

<b>Paso 1</b>	Nombre del estudiante	Fecha Nacimiento (mes/día/año)	Sexo	Escuela	Grado	Año escolar
	Nombre del padre (madre)/ Tutor /Custodio Legal	Dirección (calle, ciudad, estado, código de área)			Número de Teléfono ( )	

**HISTORIAL DE VACUNAS**

**Paso 2** Anote el MES, DÍA Y AÑO en que su hijo(a) recibió las siguientes vacunas. NO MARQUE CON (√) o (X) excepto para responder la pregunta sobre varicela. Si usted no tiene un registro de vacunas en su casa para este estudiante, comuníquese con el médico o departamento de salud para conseguir uno.

TIPO DE VACUNA*	1a. DOSIS Mes /día/ Año	2a. DOSIS Mes /día/ año	3a. DOSIS Mes /día/ año	4a. DOSIS Mes /día/ año	5a. DOSIS Mes/ día/ año
DTaP/DTP/DT/Td/Tdap (Difteria, Tétano, Pertusis)					
Inyección Secundaria para Adolescentes (Marque la cajilla apropiada) <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td					
Polio					
Hepatitis B					
MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola)					
Vacuna contra la Varicela (viruelas locas) Esta vacuna se necesita solamente si su hijo(a) no ha tenido la varicela. Vea más abajo:					
¿Ha tenido su hijo(a) la varicela? Marque el cuadro que corresponda y anote el año si lo sabe. <input type="checkbox"/> SI _____ año (no necesita la vacuna) <input type="checkbox"/> NO o no está segura(o) (necesita vacuna)					

**REQUISITOS**

**Paso 3** Para determinar si este estudiante cumple con los requisitos, consulte el nivel de requisitos de acuerdo con la edad/grado.

**CUMPLIMIENTO**

**Paso 4** **EL ESTUDIANTE CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS**  
 Firme en el Paso 5 y devuelva este formulario a la escuela  
 \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_

**EL ESTUDIANTE NO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS**  
 Marque el cuadro que corresponda, firme en el Paso 5 y devuelva el formulario a la escuela. Tenga en cuenta que si el estudiante no tiene todas sus vacunas puede ser excluido de la escuela si aparece un brote de estas enfermedades.

Aunque mi hijo(a) NO ha recibido todas las dosis de las vacunas, ha recibido LA PRIMERA DOSIS. Entiendo que la SEGUNDA DOSIS debe recibirla este año antes de cumplir 90 días de entrar a la escuela y la TERCERA Y CUARTA DOSIS si las requiere debe recibirlas antes de los 30 días de este año escolar. También entiendo que es mi responsabilidad notificar por escrito a la escuela cada vez que mi hijo(a) recibe una dosis de las vacunas requeridas.

**NOTA: Incumplimiento con el programa o falta a notificar a la escuela puede resultar en acción legal o una multa de hasta \$25 por día de incumplimiento.**

**RENUNCIAS** (Anote en el Paso 2 las vacunas que ya haya recibido)  
 **Por razones de salud** este estudiante no puede recibir las siguientes vacunas:

\_\_\_\_\_

**FIRMA del médico** \_\_\_\_\_ **Fecha firma** \_\_\_\_\_

**Por razones religiosas** este estudiante no puede ser vacunado.

**Por razones de convicciones** personales este estudiante no puede ser vacunado.

\_\_\_\_\_

**Lista de Vacuna(s) Excluida(s)**

**FIRMA**

**Paso 5** Este formulario está completo en forma fidedigna según como yo lo entiendo. Al firmar este formulario doy permiso para compartir los registros de inmunización de mi hijo(a) con el Registro de Inmunización de Wisconsin y mi Proveedor de Inmunización con el fin de llevar un registro completo y preciso para ayudar a garantizar la inmunización completa. Marque aquí si usted **no da** su permiso

\_\_\_\_\_

**FIRMA - Padre(madre)/ Tutor / Custodio Legal o Estudiante Adulto** \_\_\_\_\_ **Fecha firma** \_\_\_\_\_