DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Public Health
F-04020LS (Rev. 06/2017)

STATE OF WISCONSIN
Wis. Stat. §§ 252.04 and 120.12 (16)

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 ciertas enfermedades, **dentro de 30 días escolares de admisión**. Los requisitos específicos de edad / grado se piden en las escuelas y en el 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. El propósito de este formulario es medir el cumplimiento de la ley y se usará sólo para ese propósito. Si tiene preguntas sobre las vacunas o cómo llenar este formulario, comuníquese con la escuela de su hijo o con el departamento de salud local.

DATOS PERSONALES — ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Paso 1

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Sexo	Escuela	Grado	Año escolar

Nombre del padre/madre/tuto /custodio legal	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono ( )

HISTORIAL DE VACUNAS

Paso 2

Indique el MES, DÍA Y AÑO en que su hijo recibió las siguientes vacunas. NO MARQUE **(√)** O **(X)** excepto para responder a la pregunta sobre varicela, Tdap o Td. 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)					
Vacuna de refuerzo (booster) para adolescentes (Marque la casilla apropiada) ☐ Tdap ☐ Td					
Polio					
Hepatitis B					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
Vacuna contra la varicela (viruelas locas) Esta vacuna se necesita solamente si su hijo no ha tenido la varicela. Vea más abajo:					

¿Ha tenido su hijo la varicela? Marque la casilla correspondiente y anote el año si lo sabe.
☐ SÍ_____ año (no necesita la vacuna)
☐ NO o no está seguro (necesita vacuna)

¿Le han hecho un análisis de sangre (título de anticuerpos) a su hijo que muestre inmunidad (tenía la enfermedad o vacunación anterior) de cualquiera de las siguientes (marque todas que aplican)?
☐ Varicela ☐ Sarampión ☐ Paperas ☐ Rubéola ☐ Hepatitis B
Si contesta Sí, proporcione el reporte(s) de laboratorio

REQUISITOS

Paso 3

Para determinar si este estudiante cumple con los requisitos, consulte el nivel de requisitos de acuerdo a la edad/grado del año escolar actual.

DATOS DE 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 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 recibe una dosis de las vacunas requeridas.

NOTA: La falta a permanecer al día con las vacunas puede ocasionar la exclusión de la escuela, acción judicial y/o pena de caducidad.

EXENCIONES (WAIVERS) (Indique en el Paso 2 las vacunas que ya haya recibido)

☐ **Por razones de salud** este estudiante no debe recibir las siguientes vacunas: _____

_____ _____
FIRMA del médico Fecha de la firma

☐ **Por razones religiosas,** he decidido no vacunar a este estudiante con las siguientes inmunizaciones (marque todas las que apliquen)
☐ DTaP/DTP/DT/Td ☐ Tdap ☐ Polio ☐ Hepatitis B ☐ MMR (sarampión, paperas, rubéola) ☐ varicela

☐ **Por razones de convicción personal,** he decidido no vacunar a este estudiante con las siguientes inmunizaciones (marque todas las que apliquen)
☐ DTaP/DTP/DT/Td ☐ Tdap ☐ Polio ☐ Hepatitis B ☐ MMR (sarampión, paperas, rubéola) ☐ varicela

FIRMA

Paso 5

Este formulario está completo y exacto de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Marque uno: (☐ Yo doy ☐ Yo no doy) mi consentimiento para que se compartan los registros de vacunas actuales de mi hijo en la medida en que se actualicen en un futuro con el Registro de Vacunas de Wisconsin (*Wisconsin Immunization Registry - WIR*). Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una notificación por escrito al distrito escolar. Después de la fecha de revocación, el distrito escolar no proporcionará nuevos registros ni actualizaciones a la WIR.

_____ _____
FIRMA - del padre/madre/tuto /custodio legal o estudiante adulto Fecha de la firma