# Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Revisiones de inmunizaciones como requisito para estudiantes entrando a los grados 6 2017-2018**

**Estimado Padre/Tutor:**

**El Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York ha revisado los reglamentos sobre la inmunización para asistencia a la escuela a partir del 1º de julio, 2015. Puede que los estudiantes quienes entran en los grado 6 para el año escolar 2017-2018 necesiten inmunizaciones adicionales enumeradas a continuación:**

1. **Tdap\*** – (véase abajo)
2. **2a dosis de varicela (viruela):** **O** un informe médico firmado por un profesional de la salud documentando que el (la) estudiante tuvo la enfermedad de varicela.

*Evidencia serológica de laboratorio puede ser aceptada como prueba de inmunidad.*

1. **Vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV):**

- Si su hijo(a) ha recibido OPV y IPV, un total de cuatro dosis deben ser recibidas independientemente de la edad actual del (de la) niño(a).

- 3 dosis si la última dosis fue después de la edad de 4.

*Evidencia serológica de laboratorio (en todos los 3 serotipos) puede ser aceptada como*

*prueba de inmunidad.*

**\*Tdap**: Los estudiantes quienes entran en el 6to grado y quienes tienen 11 años de edad o más deben recibir una inmunización que contenga toxoides de tétanos, difteria y tos ferina acelular (Tdap).

Hay 2 inmunizaciones disponibles en la actualidad:

Boostrix® (10 – 64 años)

Adacel® (11 – 64 años)

***Las únicas dos exenciones de los requisitos de vacunas anteriores son o:***

* una exención médica escrita por un médico del Estado de Nueva York
* una declaración de exención religiosa escrita por los padres/el tutor del (de la) estudiante la cual declaración tiene que ser aprobada por el superintendente o el director de la escuela

**A su niño(a) no se le permitirá asistir a la escuela sin las inmunizaciones necesarias.**

**PROFESIONAL DE LA SALUD DEBE COMPLETAR ABAJO:**

***Fecha de Tdap: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Varicela 2a dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_***

***IPV #4 (si fuese aplicable)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meningocócica 1ª dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***grado 7 solamente***

***SELLO DE LA OFICINA ES NECESARIO***

***FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD****:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Ciudad/Estado/Código postal/Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*