

Introduzca los datos de cada una de las vacunas que su hijo/a haya recibido hasta la fecha. Especifique el mes, el día y el año de cada dosis (p. ej., 01/01/2020)

# Formulario de vacunaciones

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## Vacunas requeridas para cuidados infantiles, programas para la primera infancia y la escuela.

Vacuna	0 - 6 meses	12 - 24 meses	En el jardín de infantes	En 7.º grado	En 12.º grado
Hepatitis B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP, DT, Td)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pneumococcal (PCV)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Polio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chickenpox (varicella)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hepatitis A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Tdap)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Meningococcal (MCV4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La ley de Minnesota obliga a que los niños matriculados en cuidados infantiles, programas para la primera infancia o la escuela estén vacunados contra ciertas enfermedades, excepto si el niño cuenta con una exención médica o no médica.

### Instrucciones para el padre, la madre o el guardián:

- Indique las fechas en orden cronológico, incluso si su hijo/a recibió alguna vacuna fuera de la categoría de edad o grado que aparece en el recuadro. Dependiendo de la edad de su hijo/a, es posible que no haya recibido todas las vacunas, por lo que algunos recuadros se dejarán en blanco.
  - Si tiene una copia del historial de vacunación de su hijo/a, puede incluir una copia del mismo en lugar de rellenar la parte delantera de este formulario.
  - Su clínica o doctor pueden proporcionarle una copia del historial de vacunación de su hijo/a. Si le falta o necesita información sobre el historial de vacunación de su hijo/a, hable con su doctor o llame a Minnesota Immunization Information Connection (MIIC) al 651-201-3980 o al 800-657-3970.
- Firme u obtenga las firmas necesarias para la parte trasera de este formulario.
  - Documente las exenciones médicas y no médicas en la sección 1.
  - Verifique el historial de varicela en la sección 2.
  - Proporcione consentimiento para compartir información sobre vacunaciones (opcional) en la sección 3.

**Instrucciones:** Rellene la sección 1 para documentar una exención médica o no médica, la sección 2 para comprobar el historial de varicela y la sección 3 para dar consentimiento para compartir información sobre vacunaciones.

Nombre \_\_\_\_\_

**1. Documente una exención médica o no médica (A y/o B).**

Marque con una X en el recuadro para indicar si se trata de una exención médica o no médica. Si existen exenciones para más de una vacuna, marque cada vacuna con una X.

Vacuna	Exención médica	Exención no médica
Diphtheria, Tetanus, and Pertussis		
Polio		
Measles, Mumps, Rubella		
<i>Haemophilus influenzae</i> type b		
Chickenpox (varicella)		
Pneumococcal		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Meningococcal		

**A. Exención médica:** Con mi firma a continuación confirmo que este/a niño/a no debería recibir las vacunas marcadas con una X en la tabla por razones médicas (contraindicaciones) o porque existe una confirmación de laboratorio conforme ya es inmune.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(del profesional médico\*)

**2. Historial de varicela.** Este/a niño/a tuvo la varicela durante el mes y año \_\_\_\_\_

Mi firma a continuación significa que confirmo que este/a niño/a no necesita de la vacuna contra la varicela porque:

- Soy un profesional médico y a este/a niño/a le fue previamente diagnosticada la varicela, o bien el padre o la madre proporcionaron una descripción que indica que su hijo/a tuvo la varicela en el pasado.
- Soy el padre, la madre o el guardián y este/a niño/a tuvo la varicela antes o en fecha del 1 de septiembre de 2010.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(del profesional médico\*, representante de clínica pública o padre/madre/guardián). El padre o la madre pueden firmar si la varicela tuvo lugar antes de septiembre de 2010.

\*La definición de profesional médico se aplica a médicos con licencia, practicantes de enfermería o ayudantes de médicos.

**B. Exención no médica:** No es obligatorio vacunar a un menor si esto va en contra de las creencias de su padre, madre o guardián. No obstante, elegir no vacunar puede poner en riesgo la salud o la vida de su hijo/a o de otras personas con las que entre en contacto. Los niños no vacunados que estén expuestos a una enfermedad que pueda prevenirse mediante vacunación pueden ser obligados a permanecer fuera de los cuidados infantiles, la escuela y otras actividades con el fin de protegerles tanto a ellos mismos como a otros.

Con mi firma confirmo que este/a niño/a no recibirá las vacunas marcadas con una X en la tabla a causa de mis creencias. Soy consciente de que es posible que se obligue a mi hijo/a a quedarse fuera de los cuidados infantiles, la escuela y otras actividades en caso de estar expuesto/a.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(del padre, madre o guardián en presencia del notario)

**Las exenciones no médicas deben ser firmadas y selladas por un notario:**

Este documento fue firmado en mi presencia el \_\_\_\_\_ (fecha)

por \_\_\_\_\_  
(nombre del padre, madre o guardián)

Firma del notario: \_\_\_\_\_

Sello del notario



ESTADO DE MINNESOTA, CONDADO DE \_\_\_\_\_

**3. Consentimiento para compartir información sobre vacunaciones:** Esta escuela solicita su permiso para compartir el registro de vacunación de su hijo/a con el sistema de información de vacunaciones de Minnesota. Dar su permiso:

- Proporcionará un acceso más fácil para que tanto usted como su escuela verifiquen los registros de vacunación (p. ej., al inicio del curso escolar cada año).
- Ayudará a su escuela a proteger a los estudiantes al saber quiénes pueden ser vulnerables a enfermedades de acuerdo con sus registros de vacunación. Esto puede ser muy importante durante el brote de una enfermedad.

Según la ley de Minnesota, toda la información que proporcione es privada y únicamente podrá compartirse con los que estén autorizados a recibirla. Firmar esta sección del formulario es opcional. Si elige no firmar, esto no afectará a los servicios médicos o educativos que su hijo/a reciba.

Estoy de acuerdo en permitir que la escuela de mi hijo/a comparta la documentación de vacunación de mi hijo/a con sistema de información de vacunaciones de Minnesota:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(de padre/madre/guardián)