

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE 196  
Escuelas Públicas Rosemount-Apple Valley-Eagan  
*Educación a nuestros estudiantes para que alcancen todo su potencial*

Número de serie **501.5.5.2P** Adoptado **Enero de 2004** Actualizado **Marcha 2015**

Título **Notificación de los Requisitos de la Ley de Inmunización para Estudiantes del Ciclo Secundario Superior (30 días o al completar las series)**

Estimado padre, madre tutor de: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(escriba el nombre del estudiante en letra de imprenta)

Para estar en conformidad con la ley estatal, su hijo(a) necesita estar al día con todos los requisitos de inmunización o tener documentación de exención, **a fin de permanecer en la escuela**. No tenemos registro de:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inmunización MMR (Sarampión, papera, rubéola)  | <input type="checkbox"/> 2° Inmunización contra HepB (Hepatitis B)    |
| <input type="checkbox"/> Inmunización contra varicela   | <input type="checkbox"/> 3° Inmunización contra HepB (Hepatitis B)    |
| <input type="checkbox"/> Tdap (Tétano, difteria y tos convulsa) <b>o</b><br>refuerzo de Td (Tétano, difteria) | <input type="checkbox"/> Inmunización contra Poliomielitis (IPV, OPV) |
| <input type="checkbox"/> Serie de 3 dosis de vacuna contra la HepB (Hepatitis B)                              | <input type="checkbox"/> Inmunización meningocócica                   |

**tal como lo requiere la ley del estado para su hijo(a)**. Si no recibimos comprobante de esta/estas inmunización(es) o la documentación de exención en la oficina de la enfermera escolar, para las fechas registradas al final de esta carta de inscripción, **no se le permitirá a su hijo(a) asistir a la escuela hasta que se hayan cumplido los requisitos legales**.

**Existen distintas formas de cumplir con la ley:**

- Una vez que la inmunización indicada se realice, escriba la fecha (día, mes, año) en el Formulario de Inmunización del Estudiante, ubicado en el reverso de esta carta, firme donde se indica y entregue a la enfermera escolar; **o**
- Si el estudiante recibió al menos una inmunización de la serie y completará el resto dentro de los próximos ocho meses, el médico deberá indicar lo anterior y firmar el Formulario de Inmunización del Estudiante en el reverso de este documento; luego entréguelo a la enfermera escolar; **o**
- Si el estudiante no recibe la inmunización por contraindicación médica o por evidencia de laboratorio concerniente a la inmunidad, usted debe entregar a la enfermera escolar un comprobante firmado por un médico (puede utilizar la declaración en el reverso de este documento), **o**
- Si el estudiante no recibirá inmunización debido a convicciones profundas, debe entregar a la enfermera escolar una declaración certificada por notario público, firmada por el padre, madre o tutor (puede utilizar la declaración en el reverso de este documento).

**Si cumple con alguno de los siguientes criterios de elegibilidad de Vacunas para Niños de Minnesota (VPNMn) comuníquese con la oficina de Servicios de Salud del condado de Dakota (952-891-7999) para recibir vacunas de bajo costo.** (Las vacunas para niños no tendrán costo si se cumple con los criterios descritos abajo):

- No tiene seguro;
- Se encuentra inscrito en Minnesota Medical Assistance (MA), Minnesota Care (MnCare) o Programa de Asistencia Médica Prepaga (Prepaid Medical Assistance Program, PMAP);
- Usted es nativo Americano o nativo de Alaska, o
- Su seguro médico no cubre el costo de la vacuna.

**De acuerdo con el estatuto 121A.15 del estado de Minnesota (Ley de Inmunización para Escolares), no se le permitirá a su hijo asistir a la escuela, si la enfermera escolar no ha recibido una de las pruebas de cumplimiento arriba mencionadas antes del \_\_\_\_\_ (30 días calendario a partir**

de la fecha de la notificación) para \_\_\_\_\_ fecha  
inmunización y/o el \_\_\_\_\_ fecha  
**finalización de la serie de 8 meses) para \_\_\_\_\_.**  
inmunización

Apreciamos su atención oportuna en este asunto. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con la enfermera escolar.

Atentamente,  
Director \_\_\_\_\_ Enfermera escolar \_\_\_\_\_