

IMMUNIZATIONS

The Kentucky Administration Regulation, 902 KAR 2:060, immunizations schedule for attending school require all students through grade 12 receive a minimum number of immunizations PRIOR to school entrance. To be compliant with state law, these requirements are documented by a current immunization certificate and can be waived only for medical or religious exemptions.

Please obtain and submit a current immunization certificate or exemption form prior to the first day of school. Failure to have up to date immunizations will result in your child's exclusion from school until the state required immunizations are completed.

KY Immunization Requirements for Preschool – 12th Grade

3 Years	4 Years	5 Years	11-15 Years	16 Years and older
<u>DTaP</u> – 4 doses	<u>*DTaP</u> – 4 or 5 doses	<u>*DTaP</u> – 4 or 5 doses	<u>*DTaP</u> – 4 or 5 doses	<u>*DTaP</u> – 4 or 5 doses
Polio (IPV) – 3 doses	<u>*Polio (IPV)</u> – 3 or 4 doses	<u>*Polio (IPV)</u> – 3 or 4 doses	<u>*Polio (IPV)</u> – 3 or 4 doses	<u>*Polio (IPV)</u> – 3 or 4 doses
<u>MMR</u> – 1 dose	<u>MMR</u> – 2 doses	<u>MMR</u> – 2 doses	<u>MMR</u> – 2 doses	<u>MMR</u> – 2 doses
<u>Hib</u> – 3 or 4 doses	<u>Hib</u> – 3 or 4 doses	<u>Hib</u> – no requirement	<u>Idap</u> – 1 dose	<u>Idap</u> – 1 dose
<u>*Hep A</u> - 2 doses effective for the school year beginning on or after July 1, 2018	<u>*Hep A</u> - 2 doses effective for the school year beginning on or after July 1, 2018	<u>*Hep A</u> - 2 doses effective for the school year beginning on or after July 1, 2018	<u>*Hep A</u> - 2 doses effective for the school year beginning on or after July 1, 2018	<u>*Hep A</u> 2 doses effective for the school year beginning on or after July 1, 2018
<u>Hep B</u> – 3 doses	<u>Hep B</u> – 3 doses	<u>Hep B</u> – 3 doses	<u>Hep B</u> – 3 doses	<u>Hep B</u> – 3 doses
<u>Varicella</u> – 1 dose	<u>*Varicella</u> – 2 doses	<u>*Varicella</u> – 2 doses	<u>*Varicella</u> – 2 doses	<u>*Varicella</u> – 2 doses
<u>*Pneumococcal (PCV)</u> – 4 doses	<u>*Pneumococcal (PCV)</u> – 4 doses	<u>*Pneumococcal (PCV)</u> – no requirement	<u>Meningococcal ACWY (MCV4)</u> – 1 dose (at 11 years of age)	<u>*Meningococcal ACWY (MCV4)</u> – 2 doses for 16 yrs and older effective for the school year beginning on or after July 1, 2018

*DTaP - Fifth dose not needed if dose #4 given after 4th B-day and 6 months from previous dose

*Polio - Fourth dose not needed if dose #3 given after 4th B-day and 6 months from previous dose

*Hib - last dose must be on or after 12 months of age-not required at age 5 years and older; number of total doses (3 or 4) depends on brand used

*PCV - last dose must be on or after 12 months of age-not required at age 5 years and older

*Varicella - no doses needed if history of Chickenpox or Zoster disease is verified by a medical provider

*Meningococcal ACYW – if initial dose given at 16 yrs or older, will only need one dose (previously known as MCV4)

*Hepatitis A – 2 doses spaced 6 months apart effective for the school year beginning on or after **July 1, 2018**

Estado de Kentucky

Rechazo de inmunizaciones obligatorias por motivos religiosos del padre/tutor

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Departamento para la Salud Pública de Kentucky (KDPH) reconocen que la inmunización es una de las herramientas más eficaces para prevenir enfermedades y reducir los riesgos asociados con la exposición a ciertas enfermedades. KRS 214.036 exige que los padres que se oponen a la inmunización de su hijo(a) proporcionen una declaración jurada por escrito rehusando la inmunización del niño(a) por motivos religiosos.

Escriba una "X" en la casilla a la izquierda de cada enfermedad de la cual usted se opone a que su hijo(a) reciba la inmunización. Escriba sus iniciales y la fecha a la derecha.

<input type="checkbox"/>	Hepatitis B: Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: ictericia (piel u ojos amarillos), problemas con el hígado de por vida, tales como cicatrización y cáncer del hígado, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Difteria (DTaP, DT, Tdap, Td): Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: insuficiencia cardíaca, parálisis (no poder mover las partes del cuerpo), problemas con la respiración, coma, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Tétanos (DTaP, DT, Tdap, Td): Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: inmovilización de la mandíbula, dificultad para tragar y respirar, convulsiones (espasmos musculares o ausencias), contracción dolorosa de los músculos en la cabeza y el cuello, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Pertussis (Tos ferina) (DTaP, Tdap): Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: ataques de tos severa que pueden causar vómitos y agotamiento, neumonía, convulsiones (espasmos musculares o ausencias), daños cerebrales, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Haemophilus influenzae tipo b (Hib): Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: meningitis (infección del revestimiento del cerebro y de la médula espinal), neumonía, hinchazón severa en la garganta que dificulta la respiración, infecciones de la sangre, las articulaciones, los huesos y el revestimiento del corazón, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Infecciones neumocócicas: Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: dolor en el pecho con respiración rápida o dificultad para respirar, una fiebre alta, temblores, escalofríos, sudores excesivos, fatiga, confusión, y una tos con flemas que persiste o empeora, neumonía, daños cerebrales, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Polio: Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: parálisis (no poder mover partes del cuerpo), meningitis (infección del revestimiento del cerebro y de la médula espinal), discapacidad permanente, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR): Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos del sarampión incluyen: neumonía, convulsiones (espasmos musculares o ausencias), daños cerebrales, o muerte. Los síntomas graves y efectos de las paperas incluyen: meningitis (infección del revestimiento del cerebro y de la médula espinal), hinchazón dolorosa de los testículos u ovarios, esterilidad, sordera, o muerte. Los síntomas graves y efectos de rubéola incluyen: erupción cutánea, artritis y dolores musculares o de las articulaciones. Si una mujer contrae rubéola cuando está embarazada, podría tener un aborto espontáneo o su bebé podría nacer con defectos de nacimiento graves, tales como sordera, problemas cardíacos o discapacidad de aprendizaje.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Varicela (Chickenpox): Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: severas infecciones cutáneas, neumonía, daños cerebrales, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A: Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: ictericia (piel u ojos amarillos), síntomas gripales, hospitalización, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Enfermedad meningocócica: Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: dolor de cabeza severo, rigidez en el cuello, confusión, convulsiones (espasmos musculares o ausencias), fiebre alta, náusea y vómitos, sensibilidad de los ojos a la luz, pérdida auditiva, neumonía, daños cerebrales, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____

Debido a mis creencias religiosas, me opongo a que mi hijo(a) reciba las inmunizaciones obligatorias marcadas más arriba.

Soy consciente de que si cambio de idea, puedo revocar esta objeción y obtener las inmunizaciones para mi hijo(a). Iniciales: _____

- Se dispone de información adicional sobre las enfermedades prevenibles con vacunas, las inmunizaciones y los servicios de inmunización a costo reducido o sin costo en el departamento de salud local en cada condado.
- En el caso de que el departamento de salud del condado o el departamento de salud estatal declare un brote de una enfermedad prevenible con vacuna para la cual no se puede proporcionar una prueba de inmunidad en un niño(a), puede que no se permita que el niño(a) asista al cuidado infantil o la escuela por hasta tres (3) semanas, o hasta que termine el período de riesgo.

Nombre del niño(a)

Apellido(s) Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento del niño(a)

MM/DD/AAAA

Firma del padre/madre

Fecha

MM/DD/AAAA

To be completed by Notary Public
Para ser llenado por el Notary Public (fedatario)

ESTADO DE _____)
CONDADO DE _____)

Suscrito, jurado o afirmado bajo juramento y reconocido ante mí, un Notary Public (fedatario) en y para el estado y condado antes mencionados, por _____, este día _____ de _____ del 20____.

Notary Public, Estado en general

Mi comisión se vence: _____

