DISTRITO ESCOLAR DE LAKE STEVENS

# Requisitos de vacunación para estudiantes en los grados K-12

La ley del estado de Washington requiere que todos los niños que asisten a los grados K-12 deben presentar prueba de:

- **Hepatitis B (3 dosis)**
- **Difteria, tétanos y tos ferina (vacuna DTaP-5 dosis y vacuna Tdap-1 dosis para todos los niños de 10 años y mayores)**
- **Polio (4 dosis)**
- **MMR (2 dosis)**
- **Varicela (2 dosis)** vacunación o antecedentes de enfermedad verificados por un proveedor de atención médica. **Para los estudiantes en los grados K-8, la verificación de los padres ya no se acepta según el estatuto estatal.**

## Documentación

La ley exige que cada niño que asiste a la escuela en el estado de Washington esté completamente vacunado y proporcione una copia de sus vacunas en un Certificado de estado de vacunación (CIS). Es responsabilidad del padre/tutor proporcionar a la escuela registros de vacunación actualizados. La escuela de su estudiante debe recibir las siguientes formas de documentación aceptadas antes del primer día de clases:

| Vacuna | Tipos de documentación permitida |
|---|---|
| **Tdap**<br>Grado 7 | • Formulario adjunto completado con la fecha (día, mes y año) de una dosis de vacuna recibida, **O**<br>• Copia del registro de vacunación de su hijo con la fecha en que recibió una dosis de la vacuna, **O**<br>• Exención personal/filosófica, religiosa o médica |
| **Varicela**<br>Grados K-12 | • Copia del registro de vacunas de su hijo con las fechas en que recibió dos dosis de la vacuna, **O**<br>• El CIS completado a mano por un proveedor para verificar la enfermedad o el CIS impreso del Sistema de Información de Inmunización de WA con verificación de enfermedad, **O**<br>• Una carta de un proveedor que indique que su hijo tuvo la enfermedad **O**<br>• Exención personal/filosófica, religiosa o médica |

Se recomienda un chequeo de salud que incluya vacunas a todos los niños entre 11 y 12 años. Programe la cita de chequeo de su hijo al menos un mes antes de que comiencen las clases para asegurarse de que reciba todas las vacunas necesarias para la escuela.

## Información sobre vacunas y enfermedades

Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap)

La vacuna Tdap protege a los adolescentes contra el tétanos, la difteria y la tos ferina. La vacuna se recomienda para todos los niños mayores de 10 años. La vacuna Tdap debería sustituir a una vacuna de refuerzo contra el tétanos. La tos ferina es una enfermedad muy grave que provoca ataques de tos que dificultan comer, beber e incluso respirar. Los bebés pequeños corren un alto riesgo de sufrir enfermedades graves. Vacunarse a los 10 años no sólo protege al preadolescente, sino que también ayuda a detener la propagación de la enfermedad a los hermanos menores y a los bebés. La tos ferina también puede causar neumonía, convulsiones, daño cerebral y la muerte.

Varicela (Chickenpox)

Los niños deben recibir dos dosis de la vacuna para protegerlos contra la varicela. La varicela se propaga fácilmente y puede causar infecciones graves de la piel, neumonía, meningitis (inflamación de la cubierta del cerebro y la médula espinal) e incluso la muerte. Incluso los casos leves de varicela son incómodos; es difícil tratar la picazón y puede dejar cicatrices. **Para los estudiantes en los grados K-8, la verificación de los padres ya no se acepta según el estatuto estatal.**

Lo siguiente es aceptable como verificación de la enfermedad por parte del proveedor:

- CIS impreso desde WAIIS o MyIRmobile.com que indica antecedentes de varicela
- CIS impreso con antecedentes de enfermedad de varicela verificado y firmado por un proveedor de atención médica, **O**
- Una carta de un proveedor de atención médica que verifique el historial de enfermedad de varicela.

Atentamente,

Ernette Visitacion

**Ernette Visitacion**
Supervisora de enfermería del distrito

DISTRITO ESCOLAR DE LAKE STEVENS

# Requisito de vacuna Tdap para estudiantes entrantes de 7.° grado (de 10 años en adelante)

Inspiring Excellence
LAKE STEVENS
School District

Ingrese la información a continuación y devuelva esta carta a la escuela de su hijo antes del primer día de clases.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

| Inmunización | Fecha dada | | |
|---|---|---|---|
| | Mes | Día | Año |
| Tdap | | | |

*Certifico que la información anterior es correcta y certificable.*

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

**DEVOLVER LA DECLARACIÓN FIRMADA A LA ESCUELA DEL ESTUDIANTE ANTES DEL PRIMER DÍA DE CLASES**