

Censo Escuelas del Área de Roseville Distrito 623

Fecha: _____

Colegio: _____

INFORMACIÓN DE LA RESIDENCIA (Por favor incluya a todas las personas que viven en esta dirección.)

CABEZA DE FAMILIA 1. _____ GÉNERO M F AÑO DE NACIMIENTO _____

CABEZA DE FAMILIA 2. _____ GÉNERO M F AÑO DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN _____ UNIDAD/APT # _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO _____ ¿NO REGISTRADO? SI NO

IDIOMA HABLADO EN CASA _____

¿Ha vivido en este distrito anteriormente? SI NO

Si su respuesta es SI, escriba la dirección _____

ENUMERE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTA DIRECCIÓN:

****PLEASE INCLUDE THE STUDENT(S) YOU ARE ENROLLING ON THIS LIST.****

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Género	Grado	Fecha de Nacimiento	Nombre de la escuela a la que asiste

POR FAVOR ENVIE ESTE FORMULARIO COMPLETADO:

Roseville Area Schools
1251 West County Road B2
Roseville, MN 55113

p. 651.635.1626 | f. 651-635.1659 | e. enrollment@isd623.org

Student Enrollment Cont.

Datos del Padre/ Tutor:

Padre/Tutor #1

Padre /Tutor #2

Nombre (Primer, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)		Nombre (Primer, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	
Relación con el Estudiante (Madre, padrastro, etc.)		Relación con el Estudiante (Madre, padrastro, etc.)	
Dirección, Ciudad, Código Postal (En caso de ser diferente a la del estudiante)		Dirección, Ciudad, Código Postal (En caso de ser diferente a la del estudiante)	
No. de Teléfono-Celular		No. de Teléfono-Celular	
No. de Teléfono-Trabajo		No. de Teléfono-Trabajo	
Empresa/Ocupación		No. teléfono de la casa (En caso de ser diferente al del estudiante)	
Dirección de correo electrónico (E-mail)		Empresa/Ocupación	
		Dirección de correo electrónico (E-mail)	

¿Necesitará la familia la asistencia de un intérprete para las reuniones de padres y maestros? Sí No

Las siguientes personas requieren la asistencia de un intérprete:

Madre Padre Tutor Otro

Información del Segundo tutor (tutor con o sin custodia del estudiante, el cual no vive en la misma casa):

Nombre (Primer, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)		No. de Teléfono-Celular	
Relación con el Estudiante (Madre, padrastro, etc.)		No. de Teléfono-Trabajo	
Dirección, Ciudad, Código Postal		Empresa/Ocupación	
No. teléfono de la casa		Dirección de correo electrónico (e-mail)	

Si hay inconvenientes con la custodia del niño(a), por favor suministre la información que se solicita a continuación:

¿Existe alguna restricción legal impuesta a los padres que no tienen la custodia del niño(s), relacionada con los derechos para recibir información de ellos o mantener una relación con el estudiante nombrado en este formulario?

SI NO , Si su respuesta es SI, Una copia del decreto debe permanecer en el archivo del colegio. Por favor envíela al director.

Si hay una separación o un divorcio, Por favor escriba el nombre del padre(s) o de la persona que tiene la custodia legal del estudiante:

Madre Padre Ambos Otro _____

En caso de emergencia, ¿Podemos llamar al padre/madre que no tiene la custodia del menor?

SI NO , Si su respuesta es NO, una copia del decreto debe permanecer en el archivo del colegio.

¿Está el estudiante autorizado para salir del colegio con el padre/madre el cual no tiene la custodia del menor?

SI NO , Si su respuesta es NO, una copia del decreto debe permanecer en el archivo del colegio.

Contactos de Emergencia

Nombre de la persona a la cual llamar en caso de emergencia diferente, de la persona con la que el estudiante vive:

Nombre (Primer, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)		Nombre (Primer, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	
Relación con el Estudiante		Relación con el Estudiante	
No. Teléfono de la casa		No. Teléfono de la casa	
No. de Teléfono-Celular		No. de Teléfono-Celular	
No. de Teléfono-Trabajo		No. de Teléfono-Trabajo	

Firma del Padre o Tutor

Relación con el estudiante

Fecha Revised

1/9/2019

Minnesota Migrant Education Program

Encuesta de Empleo para los Padres

English version on the other side

La información abajo es para identificar a estudiantes que puedan calificar para recibir servicios adicionales de educación. Es posible que un empleado del programa le contacte a usted para obtener más información. Toda la información es confidencial.

Nombre del niño: _____ Distrito: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

1. ¿En los últimos tres años, ha vivido su familia en otro distrito escolar? Esto incluye otros distritos escolares en Minnesota, u otro estado o país.

Sí _____ (SIGA AL #2)

No _____ (PARE AQUÍ)

2. En los últimos tres años, ¿ha trabajado alguien en su hogar con alguno de estos productos o actividades en una granja, en el campo, en un invernadero, en un vivero o en una fábrica?

Si _____ (SIGA AL #3)

No _____ (PARE AQUÍ)

Por favor marque todos los que apliquen abajo:

	<input type="checkbox"/> Cualquier Cultivos Ejemplos: maíz, chicharos, papas, frijoles, trigo, remolacha azucarera, frutas, soja, cañamo, alfalfa, etc.o preparación de campo		<input type="checkbox"/> Cualquier ganado Ejemplos: vacas, cerdos, ovejas, pollos, lechería
	<input type="checkbox"/> Procesamiento de productos agrícolas. Ejemplos: (Clasificación, empaque, corte, etc.) maíz, papas, carne, frutas, árboles, etc.		<input type="checkbox"/> Otra agricultura Ejemplos: silvicultura, cuidado de plantas de vivero, pescar

3. Nombre de los padres: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Por favor liste a todos los niños menores de 22 años en la casa:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado

Encuesta de Idioma en Minnesota

Minnesota es el hogar de hablantes de más de 100 idiomas diferentes. La capacidad de hablar y entender múltiples idiomas es valorado. La información que usted provea será usada por el distrito escolar para ver si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes que son multilingües pueden calificar para un sello multilingüe después de la evaluación. Además, la información que usted provea determinará si su estudiante debe tomar una prueba de comprensión en inglés. Basado en los resultados de la prueba, su estudiante puede tener derecho a la instrucción de desarrollo del idioma inglés. **El acceso a instrucción es requerida por la ley federal y estatal. Como padre o tutor, usted tiene el derecho de rechazar la instrucción del Aprendiz de Inglés en cualquier momento.** Cada estudiante que se inscribe debe recibir la Encuesta de Idioma de Minnesota durante la inscripción. La información solicitada en este formulario es importante para poder servir a su estudiante.

Información del estudiante	
Nombre completo del estudiante: (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento o número de identificación

	Marque la frase que mejor describa su estudiante	Indique otros idiomas aparte de inglés en el espacio proveedlo.
1. Mi estudiante primero aprendió:	<input type="checkbox"/> Idiomas aparte de el inglés <input type="checkbox"/> Inglés y otros idiomas aparte de inglés <input type="checkbox"/> Solamente Inglés	
2. Mi estudiante habla:	<input type="checkbox"/> Idiomas aparte de el inglés <input type="checkbox"/> Inglés y otros idiomas aparte de inglés <input type="checkbox"/> Solamente Inglés	
3. Mi estudiante entiende:	<input type="checkbox"/> Idiomas aparte de el inglés <input type="checkbox"/> Inglés y otros idiomas aparte de inglés <input type="checkbox"/> Solamente Inglés	
4. Mi estudiante tiene intercambio constantes en	<input type="checkbox"/> Idiomas aparte de el inglés <input type="checkbox"/> Inglés y otros idiomas aparte de inglés <input type="checkbox"/> Solamente Inglés	

Uso del idioma no identifica a su estudiante como un aprendiz de inglés. Si un idioma aparte de inglés es indicado su estudiante será examinado en su habilidades en inglés.

Información de padre o tutor	
Nombre de padre/tutor (escrito)	
Firma del Padre/Tutor	Fecha:

* Todos los datos en este formulario son privados. Sólo se compartirá con el personal del distrito que necesite la información para servir mejor a su estudiante y para los requisitos legales reportando sobre el idioma del hogar y la elegibilidad del servicio al Departamento de Educación de Minnesota. En el distrito y en el Departamento de Minnesota de la Educación, esta información no será compartida con otras personas o entidades, excepto si están autorizadas por la ley estatal o federal a acceder la información. El cumplimiento de esta solicitud de información es voluntario.

Formulario de designación demográfica racial y étnica 2019-20

Nombre del estudiante: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Distrito: _____ Escuela: _____

Se requiere que las escuelas reporten el origen étnico y la raza al estado y al Departamento de Educación de los EE. UU. Debido a los cambios recientes en la ley del estado de Minnesota, Minnesota desglosa cada categoría en grupos detallados para representar aun más nuestras poblaciones estudiantiles. Los padres o tutores no están obligados a responder las preguntas federales (**en negrita**) de sus hijos. Si usted decide no responder a las preguntas federales (**en negrita**), la ley federal exige que las escuelas respondan por usted. Este es un último recurso: preferimos que los padres o tutores completen el formulario. Las preguntas estatales se etiquetan como "Opcional" y las escuelas no completarán esta información por usted.

Esta información ayuda a mejorar la enseñanza y el aprendizaje para todos, y nos ayuda a identificar y abogar con precisión por los estudiantes actualmente desatendidos. La información que recopila este formulario se considera información privada. Puede revisar el aviso de privacidad para obtener más información sobre el propósito de recopilar esta información, cómo se usará y no se usará, y cómo se identificaron los grupos detallados. El aviso de privacidad se puede encontrar en nuestras *Preguntas frecuentes: Formulario de designación étnica y racial*.

¿Es el estudiante hispano/latino según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza. ¹

[Debe seleccionar "sí" o "no" a esta pregunta.]

El propósito de recopilar cada grupo, cómo se usará y no se usará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede encontrar en el documento de preguntas frecuentes adjunto.

¹Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

○ **Sí** [En caso afirmativo, pase a la pregunta A.]

○ **No** (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 1.)

Pregunta opcional A Si respondió Sí en la parte superior, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (el personal de la escuela no contestará esta pregunta):

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Declina indicar | <input type="checkbox"/> Guatemalteco | <input type="checkbox"/> Salvadoreño | <input type="checkbox"/> Otro hispano/latino |
| <input type="checkbox"/> Colombiano | <input type="checkbox"/> Mexicano | <input type="checkbox"/> De España/español/ español-americano | <input type="checkbox"/> Origen desconocido |
| <input type="checkbox"/> Ecuatoriano | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | | |

Pase a la pregunta 1.

[Seleccione "sí" a al menos una de las preguntas (1-6) a continuación.]

Pregunta 1: ¿ Se identifica el estudiante como indio americano o nativo de Alaska según lo define el estado de Minnesota? La definición del estado de Minnesota incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte que mantienen una identificación cultural a través de la afiliación tribal o el reconocimiento de la comunidad. [Esta pregunta es necesaria para calcular la ayuda/financiación estatal.]

○ **Sí** [En caso afirmativo, pase a la pregunta 1a.]

○ **No** [Si la respuesta es No, pase a la pregunta 2]

Pregunta opcional 1a: Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (el personal de la escuela no contestará esta pregunta):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Declina indicar | <input type="checkbox"/> Cherokee | <input type="checkbox"/> Otra afiliación tribal india de América del Norte |
| <input type="checkbox"/> Anishinaabe/Ojibwe | <input type="checkbox"/> Dakota/Lakota | <input type="checkbox"/> Origen desconocido |

Pase a la pregunta 2.

Pregunta 2. ¿Es el estudiante indio americano de Sur o Centro América?

○ **Sí** (En caso afirmativo, pase a la pregunta 3.)

○ **No** (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 3.)

Pregunta 3. ¿Es el estudiante asiático según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del lejano oriente, sudeste asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam ¹

○ **Sí** (En caso afirmativo, pase a la pregunta 3a.)

○ **No** (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 4.)

Pregunta opcional 3a. Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (el personal de la escuela no contestará esta pregunta):

- | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Declina indicar | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Karen | <input type="checkbox"/> Otro lugar asiático |
| <input type="checkbox"/> indio asiático | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Origen desconocido |
| <input type="checkbox"/> Birmano | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Vietnamita | |

El propósito de recopilar cada grupo, cómo se usará y no se usará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede encontrar en el documento de preguntas frecuentes adjunto.

¹Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

Pase a la pregunta 4.

Pregunta 4. ¿Es el estudiante negro o afroamericano según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.¹

- Sí** [En caso afirmativo, pase a la pregunta 4a.] **No** [Si la respuesta es No, pase a la pregunta 5.]

Pregunta opcional 4a. Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (*el personal de la escuela no contestará esta pregunta*):

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Declina indicar | <input type="checkbox"/> Etíope-otro | <input type="checkbox"/> Somalí |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano | <input type="checkbox"/> Liberiano | <input type="checkbox"/> Otra raza negra |
| <input type="checkbox"/> Etíope-Oromo | <input type="checkbox"/> Nigeriano | <input type="checkbox"/> Origen desconocido |

Pase a la pregunta 5.

Pregunta 5. ¿Es el estudiante nativo de Hawái u otra isla del Pacífico según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.¹

- Sí** (Pase a la pregunta 6.) **No** (Pase a la pregunta 6.)

Pregunta 6. ¿Es el estudiante blanco según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el Medio Oriente o el Norte de África.¹

- Sí** **No**

Nombre del padre/tutor _____

Fecha _____

Firma del padre/tutor _____

El propósito de recopilar cada grupo, cómo se usará y no se usará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede encontrar en el documento de preguntas frecuentes adjunto.

¹Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274



INFORMACIÓN DE SALUD ESTUDIANTIL E-12

Por favor completa toda la información

Nombre del estudiante:	
Fecha de nacimiento:	Grado:

Marque todas las preocupaciones de salud pasadas y actuales que se apliquen a este estudiante. Proporcione detalles a continuación.

<p>Cardiovascular</p> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos <input type="checkbox"/> Condición del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes <p>Gastrointestinal/Urinario</p> <input type="checkbox"/> Enfermedad Celíaca <input type="checkbox"/> Colostomía <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> ERGE/reflujo <input type="checkbox"/> Tubo G/J <input type="checkbox"/> Intestino irritable <input type="checkbox"/> Condición del riñón <input type="checkbox"/> Náuseas, frecuente <input type="checkbox"/> Catéter urinario <input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario <input type="checkbox"/> Urostomía <input type="checkbox"/> Vomita fácilmente	<p>Salud mental/conductual</p> <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Autismo (TEA) <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario <input type="checkbox"/> Autolesiones <input type="checkbox"/> Uso de sustancias (<input type="checkbox"/> Alcohol, <input type="checkbox"/> Drogas, <input type="checkbox"/> Tabaco/cigarro, <input type="checkbox"/> Vapeo) <input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Tics <input type="checkbox"/> Historia de trauma <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones mentales, conductuales, emocionales o sociales <p>Musculoesquelético</p> <input type="checkbox"/> Condición de los huesos/articulaciones <input type="checkbox"/> Silla de ruedas/dispositivo de movilidad	<p>Neurológico</p> <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Exposición fetal a drogas/alcohol <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migraña <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza/conmoción cerebral <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Derivación/Hidrocefalia <input type="checkbox"/> Espina Bífida <p>Respiratorio</p> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fibrosis quística <input type="checkbox"/> Traqueotomía <p>Visión/Audición</p> <input type="checkbox"/> Infecciones de oído (recurrentes) <input type="checkbox"/> Tubos de oído/PE <input type="checkbox"/> Condición de los ojos <input type="checkbox"/> Anteojos/contacto <input type="checkbox"/> Pérdida de audición <input type="checkbox"/> Audífono/Implante	<p>Sistémic</p> <input type="checkbox"/> Alergias (liste a continuación) <input type="checkbox"/> Amenazante para la vida/Epipen <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Condición genética <input type="checkbox"/> Hospitalización (en el último año) <input type="checkbox"/> Envenenamiento por plomo <input type="checkbox"/> Dispositivo médico <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro (<35) <input type="checkbox"/> Condición de la piel <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre el sueño <input type="checkbox"/> Dieta especial <input type="checkbox"/> Estudiante embarazada/lactante <input type="checkbox"/> Historia quirúrgica <input type="checkbox"/> Preocupaciones peso/crecimiento <input type="checkbox"/> Otro (describa a continuación) <input type="checkbox"/> Dificultad para acceder a atención médica/dental
--	---	---	--

Proporcione detalles de CADA casilla marcada anteriormente e información adicional que le gustaría que tuviera la oficina de salud.

El estudiante es alérgico a:	La reacción es:	Medicamentos a tomar para la reacción:

Medicamentos: indique todos los medicamentos que toma su estudiante.

Proveedor/Clínica de Salud: _____ Teléfono de la clínica: _____
 Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____
 Relación con el niño: _____ Teléfono de padres: _____

¿Están listos sus niños?

Ley de Inmunización K-12 de Minnesota

A los estudiantes se les requiere que se pongan ciertas vacunas para asistir a la escuela o que presenten una exención. Este requerimiento se aplica a todas las escuelas públicas, privadas, de educación en línea o en el hogar. Identifique el grupo de edad de su niño en el gráfico a continuación y vea cuántas dosis en total de cada vacuna se requieren para su edad.

Vacunas requeridas	Kínder a sexto grado	Séptimo a undécimo grado	Duodécimo grado
Hepatitis B (Hep B)	3 Dosis	3 Dosis	3 Dosis
Polio (IPV)	4 Dosis	4 Dosis	4 Dosis
Sarampión, paperas, rubeola (MMR)	2 Dosis	2 Dosis	2 Dosis
Varicela (Lechina)	2 Dosis	2 Dosis	2 Dosis
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)	5 Dosis	5 Dosis	5 Dosis
Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap)		1 Dosis	1 Dosis
Meningococos ACWY		1 Dosis	2 Dosis

Nota: El número de dosis puede ser diferente si su niño no está al día con sus vacunas. Si su niño se ha atrasado con sus vacunas, nunca es demasiado tarde para ponerse al día. Hable con su profesional de la salud.

Se recomiendan, aunque no se exigen, para la escuela

En el caso de los niños, se recomiendan las vacunas contra la influenza (*flu*), el COVID-19, el virus del papiloma humano (VPH), meningococos B (Men B) y otras, para asegurar que estén plenamente protegidos. Pregúntele a su profesional de la salud cuándo se le deben poner estas vacunas a su niño. Para más información, ingrese al sitio web de los [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades \(CDC\): Programas de vacunación para usted y su familia \(Vaccine Schedules For You and Your Family\)](https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html) (www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html).

Consejos para padres y tutores

- Asegúrese que su niño haya recibido todas las vacunas requeridas antes de su primer día de escuela, o bien, presente una exención.
- Entréguele una copia del registro de inmunización de su niño a su escuela. Puede obtener una copia de su registro en la clínica o descargarla en: [Encontrar mi registro de inmunización \(Find My Immunization Record\)](https://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html) (www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html).
- Llene el reverso si su niño necesita una exención por razones médicas o si está optando por una exención no médica debido a sus creencias personales.



[Vacunas para bebés, niños y adolescentes \(Vaccines for Infants, Children, and Adolescents\)](https://www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html)
(www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html)

Póngase en contacto con el Programa de Inmunización a través del 651-201-5503, o del 1-800-657-3970, si desea otro formato.

No. de identificación (ID#) 53669 (08/2024) Spanish

Exenciones médicas y no médicas

Instrucciones para documentar exenciones médicas o no médicas y la historia de varicela (lechina)

Siga los pasos 1 y 2 siguientes para documentar la exención médica, la no médica o la historia de varicela (lechina).

1. Coloque una X en la casilla para indicar una exención médica o no médica. Si está eximiendo a su niño de más de una vacuna, marque con una X la casilla respectiva de cada vacuna para la que presenta la exención.
2. Obtenga las firmas para las exenciones o la historia de varicela (lechina).

Vacunas requeridas	Médica	No médica
Hepatitis B (Hep B)		
Polio (IPV)		
Sarampión, paperas, rubeola (MMR)		
Varicela (Lechina)		
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)		
Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap)		
Meningococos ACWY		

Exención médica: Un profesional de atención médica debe revisar y firmar la exención médica. Esto incluye a un médico acreditado, un enfermero profesional o un asistente médico.

Al firmar a continuación, confirmo que a este niño no se le deben poner las vacunas marcadas en la tabla con una X, debido a razones médicas (contraindicaciones), o porque hay conformación de laboratorio que indican que ya es inmune.

Firma: _____
(del profesional de atención médica)

Fecha: _____

Exención no médica: Uno de los padres, o el tutor, debe firmar la exención no médica y el formulario debe llevar la firma y el sello de un notario público. No se requiere que el niño reciba una vacuna que vaya en contra de las creencias de sus padres o de su tutor. Optar por no vacunarlo puede poner en riesgo la salud de su niño y de otras personas que lo rodeen. A los niños no vacunados que estén expuestos a enfermedades que pueden prevenir las vacunas, se les puede pedir que permanezcan en casa sin ir a la escuela y a otras actividades, por un lapso de hasta 21 días, para su propia protección y la de los demás.

Al firmar, confirmo que, debido a mis creencias, a este niño no se le pondrán las vacunas marcadas en la tabla con una X y manifiesto que entiendo que se me puede pedir que permanezca sin acudir a la escuela y a otras actividades durante un lapso de hasta 21 días si está expuesto a una enfermedad que puede prevenir la vacuna.

Firma: _____ Fecha: _____
(del padre o tutor)

Las exenciones no médicas también deben incluir la firma y el sello de un notario público:

Sello del notario

Este documento ha sido reconocido ante mí, el _____ (fecha),
por _____
(nombre del padre o tutor)



Firma del notario público:

Estado de _____
Condado de _____

Historia de varicela (lechina): Si un niño ya ha tenido varicela (lechina), no se le tiene que poner la vacuna contra la varicela. Un profesional de la salud debe firmar este formulario si tuvo la enfermedad después del 1 de septiembre de 2010. Si el niño tuvo varicela antes del 1 de septiembre de 2010, el padre o tutor puede firmar este formulario.

Al firmar a continuación, confirmo que este niño no necesita la vacuna contra la varicela porque tuvo varicela (lechina) el mes y el año siguientes: _____

Firma: _____ Fecha: _____
(del profesional de atención médica, representante de clínica pública, padre o tutor)