

REGISTRO DE VACUNACIÓN DEL ESTUDIANTE
(STUDENT IMMUNIZATION RECORD)

Instrucciones para la familia: Complete y regrese a la escuela dentro de los **30 días posteriores a la admisión**. La ley estatal exige que todos los estudiantes de escuelas públicas y privadas presenten evidencia escrita de vacunación contra ciertas enfermedades **en los 30 días lectivos siguientes a la admisión**. Los requisitos actuales específicos para cada edad y grado están a disposición en las escuelas y en los departamentos de salud locales. Estos requisitos solo se pueden omitir si se presenta en la escuela una exención por motivos de salud, religión o convicciones personales que esté correctamente firmada. El objetivo de este formulario es medir el cumplimiento de la ley y solo se usará para dicho propósito. Si tiene preguntas sobre las vacunas o sobre cómo completar este formulario, comuníquese con el departamento de salud local o con la escuela de su hijo.

Paso 1

Datos personales

Escriba en letra de molde

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Género	Escuela	Grado	Año escolar
Nombre del padre/la madre/tutor/custodio legal		Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		Número de teléfono	

Paso 2

Historial de vacunación

Escriba el mes, día y año en que su hijo recibió cada una de las siguientes vacunas. Si no tiene un registro de vacunación de este estudiante, comuníquese con su médico o con el departamento de salud pública para obtenerlo. También puede usar el Wisconsin Immunization Registry (Registro de Inmunización de Wisconsin): <https://www.dhfs.wisconsin.gov/immunization/registry>

Tipo de vacuna*	Primera dosis MM/DD/AAAA	Segunda dosis MM/DD/AAAA	Tercera dosis MM/DD/AAAA	Cuarta dosis MM/DD/AAAA	Quinta dosis MM/DD/AAAA
DTaP/DTP/DT/Td (Difteria, tétanos, tos ferina)					
Refuerzo en adolescencia (marque la casilla correspondiente) ☐ Tdap ☐ Td					
Polio					
Hepatitis B					
MMR (Sarampión, paperas, rubéola)					
Vacuna contra la varicela (Chickenpox)					
Meningococo (serogrupo ACWY)					

No es necesario que los estudiantes que tengan un historial confiable de la enfermedad de la varicela reciban la vacuna contra la varicela. Se requiere la firma de un médico, un asistente médico o el personal de enfermería avanzada.
☐ Doy fe de que este estudiante tiene un historial confiable de la enfermedad de la varicela.

¿Le han hecho a su hijo un análisis de sangre (título) que muestre inmunidad (ha tenido la enfermedad o se ha vacunado anteriormente) a alguna de las siguientes enfermedades? Marque todas las que correspondan.
☐ Varicela ☐ Sarampión ☐ Paperas ☐ Rubéola ☐ Hepatitis B
Si la respuesta es **sí**, brinde los informes del laboratorio.

FIRMA – Proveedor de atención médica

Fecha de la firma

Paso 3

Requisitos

Consulte los requisitos de edad/nivel de grado para el año escolar actual para determinar si este estudiante cumple con los requisitos.

Paso 4

Datos de cumplimiento

El estudiante cumple con todos los requisitos

Firme en el Paso 5 y devuelva este formulario a la escuela.

☐ O

El estudiante no cumple con todos los requisitos

A continuación, marque la casilla correspondiente; firme en el Paso 5 y devuelva este formulario a la escuela. **Tenga en cuenta que el alumnado que no tenga el registro de vacunación completo no podrá asistir a la escuela si se produce un brote de una de estas enfermedades.**

☐ Aunque mi hijo no ha recibido **todas** las dosis requeridas de las vacunas, ha recibido las **primeras dosis**. Entiendo que las **segundas dosis** deben aplicarse antes de los 90 días lectivos posteriores a la admisión a la escuela este año y que las **terceras y cuartas dosis** se deben administrar antes de los 30 días lectivos del próximo año, si es necesario. También entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela por escrito cada vez que mi hijo reciba una dosis de la vacuna requerida.

Nota: No respetar el cronograma puede ser motivo de exclusión de la escuela, acción judicial o pena de confiscación.

(Indique en el Paso 2 anterior las fechas de las vacunas que su hijo ya ha recibido).

☐ Por motivos de salud, este estudiante no debe recibir las siguientes vacunas

FIRMA – Médico

Fecha de la firma

☐ Por motivos religiosos, he decidido no administrarle al estudiante las siguientes vacunas (marque todas las opciones que correspondan).
☐ DTaP/DTP/DT/Td ☐ Tdap ☐ Polio ☐ Hepatitis B ☐ MMR (sarampión, paperas, rubéola) ☐ Varicela ☐ MenACWY

☐ Por motivos de convicción personal, he decidido no administrarle al estudiante las siguientes vacunas (marque todas las opciones que correspondan).
☐ DTaP/DTP/DT/Td ☐ Tdap ☐ Polio ☐ Hepatitis B ☐ MMR (sarampión, paperas, rubéola) ☐ Varicela ☐ MenACWY

Paso 5

Firma

Este formulario está completo y es preciso a mi leal saber y entender. Marque una opción: (**Sí** ☐ **No** ☐) doy permiso para compartir los registros de vacunación actuales de mi hijo y a medida que se actualicen en el futuro con el Wisconsin Immunization Registry (Registro de Inmunización de Wisconsin, WIR). Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito al distrito escolar. Después de la fecha de revocación, el distrito escolar no entregará registros nuevos o actualizaciones al WIR.

FIRMA - Padre/madre/tutor/custodio legal o estudiante adulto

Fecha de la firma