

Certificado de Vacunas de Kansas (Kansas Certificate of Immunizations, KCI)

Este registro es parte del registro permanente del estudiante y se transferirá de una escuela a otra según se define en la Sección 72-6262 (d) de Kansas School Immunization Law (enmendada en 1994).

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Sexo: [] Masculino [] Femenino Raza: _____ Etnicidad: _____ Condado: _____

Vacuna	Registre el Mes, Día y Año en Que se Recibió Cada Dosis De Vacuna						
	1er	2do	3er	4to	5to	6to	7mo
DTaP/Td/Tdap (Difteria, Tétanos, Tos ferina) Requerido para el ingreso en la escuela. Se requiere una sola Tdap para ingresar al 7mo grado.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Polio Requerido para ingresar a la escuela.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
HEP B (Hepatitis B) Requerido para ingresar a la escuela.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Varicela (Chickenpox) Requerido para ingresar a la escuela.	_____	_____	_____	_____	Hx de Enfermedad: <u>S</u> <u>N</u> Fecha de la enfermedad: _____ Firma del PAM (HCP): _____	_____	
MMR (Sarampión, Paperas y Rubéola combinados) Requerido para ingresar a la escuela.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Influenza (Gripe) Recomendado anualmente para edades de 6 meses en adelante. No es requerida para ingresar a la escuela.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
HIB (Haemophilus Influenzae Tipo B) Requerido < 5 años de edad para preescolar o cuidado infantil gestionado por una escuela.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
PCV (Conjugado Neumocócico) Requerido < 5 años de edad para preescolar o cuidado infantil gestionado por una escuela.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
HEP A (Hepatitis A) Requerido para ingresar a la escuela.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
MCV4 (Meningococo -Serogrupos ACWY) Requerido para ingresar a la escuela. Dosis requeridas para el ingreso al 7mo y 11vo grado.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
VPH (Virus del Papiloma Humano) Recomendado a los 11 a 12 años de edad. No es requerido para ingresar a la escuela.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Rotavirus Recomendado < 8 meses de edad. No es requerido para ingresar a la escuela.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Documentación		Alternativas Legales a Los Requisitos de Vacunación "KSA 72-6262"					
<p>La KCI Sólo Puede Ser Firmada Por un Médico (MD/DO), el Departamento de Salud o la Escuela.</p> <p><input type="checkbox"/> Certifico que he revisado la cartilla de vacunación de este alumno y la he transcrita con exactitud</p> <p>Nombre de la Agencia: Representante autorizado: Dirección:</p> <p>El registro presentado fue: Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Registro de Vacunación de Kansas <input type="checkbox"/> Otro Registro de Vacunación (Especifique) _____</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. "Declaración escrita anual firmada por un médico autorizado (Doctor en Medicina/M.D. o Doctor en Osteopatía/D.O.) que indique que la condición física del niño es tal que las pruebas o inoculaciones pondrían en grave peligro la vida o la salud del niño". La excepción médica será validado anualmente por el médico que complete el formulario B de KCI y lo adjunte al KCI. 2. "Declaración escrita firmada por un parent o tutor de que el niño es partidario de una denominación religiosa cuyas enseñanzas religiosas se oponen a tales pruebas o inoculaciones". 					

KANSAS IMMUNIZATION PROGRAM
1000 SW Jackson, Suite 210, Topeka, KS 66612-1373
TELÉFONO: 877-296-0464 FAX: 785-559-4227

Doy mi consentimiento para que la información contenida en este formulario sea revelada al Kansas Immunization Program con el propósito de evaluación y información.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Rev.1/2025

Requisitos de Vacunas de Kansas: Basado en la edad del niño a partir del 1 de septiembre del año escolar actual.

Según el Estatuto 72-6262 de Kansas, todos los niños al ingresar a la escuela deben estar vacunados apropiadamente. En cada columna a continuación, se requieren vacunas para todas las edades enlistadas en esa columna.

Prekínder de 0 a 4 Años		Preescolar a 12º Grado
Nacimiento	HEP B	DTaP: 5 Dosis a. intervalo mínimo de 4 semanas entre las 3 primeras dosis; Intervalo de 6 meses entre la dosis 3 y la dosis 4 b. Si la dosis 4 se administra antes de los 4 años, la 5. ^a dosis debe administrarse entre los 4 a 6 años de edad y a los 6 meses de la dosis 4 c. 4 dosis aceptables si la dosis 4 se administra a los 4 años de edad o después y 6 meses después de la dosis 3
2 meses	DTaP POLIO HEP B HIB* PCV	Tdap/TD: 7 años o más a. Se requiere una dosis única de Tdap para el ingreso a 7º grado, entre 11 a 12 años de edad
4 meses	DTaP POLIO HIB* PCV	Polio: 4 Dosis a. intervalo mínimo de 4 semanas entre las 3 primeras dosis; Intervalo de 6 meses entre la dosis 3 y la dosis 4; y una dosis después de los 4 años de edad b. 3 dosis aceptables, si la dosis 3 se administra a los 4 años de edad o después y 6 meses después de la dosis 2 c. Para series combinadas (IPV/tOPV) o solo serie tOPV; se deben administrar 4 dosis
6 meses	DTaP POLIO HEP B HIB* PCV	Hepatitis A: 2 Dosis a. Intervalo mínimo de 6 meses entre la dosis 1 y la dosis 2
12 a 15 meses	MMR VAR HIB* PCV	Meningococcal (Serogroup A, C, W, Y): 2 Dosis a. Dosis 1 requerida para el ingreso a 7º grado, entre 11 a 12 años de edad b. Dosis 2 requerida para el ingreso a 11º grado, entre 16 a 18 años de edad c. Si no hay dosis previa antes de los 16 años de edad, sólo se requiere una dosis
15 a 18 meses	DTaP	
12 a 23 meses	HEP A	
6 meses después	HEP A 1ra dosis	
*La cantidad de dosis depende de la marca administrada. Comuníquese con el Kansas Immunization Program si necesita ayuda para determinar la dosis correcta.		Información adicional sobre la vacuna: Los requisitos de vacunación de las escuelas de Kansas se encuentran en: kdhe.ks.gov/324/Immunization-Requirements El calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) se encuentra en: cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html

Los Padres o Tutores No Están Autorizados a Completar Los Formularios de KCI.

KCI - Formulario B - Exención Médica se encuentra en: kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/21274/2024-2025-KCI-form-B-PDF
La Versión En Blanco Del Formulario KCI está disponible en: kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/21273/2024-2025-Blank-KCI-PDF

Debe Mantenerse Una Lista Con Los Nombres de Todos Los Estudiantes Exentos. Los Padres o Tutores de Los Niños Exentos Deben Ser Informados Que Sus Hijo Serán Exceptuados de la Escuela en Caso de un Brote o Sospecha De Un Caso De Una Enfermedad Prevenible Mediante Vacunación.