

# Programa para Edad Escolar (Latchkey) de las Escuelas Públicas de Wichita

## Acuerdo de Inscripción para el programa de verano

### Entiendo y acepto lo siguiente:

1. Debo acompañar a mi hijo al área supervisada de *Latchkey* y registrar su entrada y salida en la computadora o en la hoja de registro.
2. Proporcionar toda la información de las personas autorizadas para recogerlo/a (deben ser mayores de 18 años) que estarán registradas en el lector de huellas dactilares (*bio reader*).
3. Usted acepta inscribirse en el programa completo de 9 semanas al precio completo.

### Costos:

4. La tarifa de inscripción de \$50 por niño se paga al momento de la inscripción y no es reembolsable.
5. Las tarifas semanales de \$125 por niño se cobran al comienzo de cada semana.
  - a. Pagaré las cuotas semanales de mi hijo independientemente de su asistencia.
6. Se cobrará un cargo por demora de \$5 si hay un saldo pendiente el último día de la semana.
7. Se aplicará un cargo de \$1.00 por minuto por recogida tardía por niño, comenzando un minuto después de la hora de cierre y continuando hasta que recojan a mi hijo. Si a los treinta minutos después de la hora de cierre no hemos podido contactar a una persona autorizada para recogerlo, mi hijo será considerado abandonado y se llamará a un oficial de policía para que lo recoja.
8. El tercer niño y/o cualquier niño adicional de cada familia que asista a *Latchkey* pagará la mitad del precio. Las tarifas de inscripción NO son a mitad de precio.

### Pagos:

9. El pago debe realizarse al principio de la semana.
10. Cada niño tiene derecho a 5 días de enfermedad/vacaciones durante el verano. Debo solicitar el crédito al Director del programa.
11. La falta de pago es motivo retirarlo del programa.

### Anote la hora estimada de llegada y salida para cada día. Esos horarios especificados son requeridos por el Departamento de Salud y Medio Ambiente del Estado de Kansas (KDHE).

Horas de llegada: Lunes \_\_\_\_\_ Martes \_\_\_\_\_ Miércoles \_\_\_\_\_ Jueves \_\_\_\_\_ Viernes \_\_\_\_\_  
Horas de salida: Lunes \_\_\_\_\_ Martes \_\_\_\_\_ Miércoles \_\_\_\_\_ Jueves \_\_\_\_\_ Viernes \_\_\_\_\_

El cumplimiento de este acuerdo tiene como objetivo brindar protección a los padres y asegurar la continuidad del Programa de Edad Escolar.

Nombre del niño(a) (letra imprenta) \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Firma del director \_\_\_\_\_ Teléfono de *Latchkey* \_\_\_\_\_

**ESCUELAS PÚBLICAS DE WICHITA - PROGRAMA PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR (SAP) (Latchkey)  
CONTRATO DE LOS PADRES Y ACEPTACIÓN DE LAS NORMAS Y EXPECTATIVAS DEL PROGRAMA**

La **supervisión** es proporcionada por el director (maestro certificado) y otros empleados del distrito. La cantidad de personal se basa en la proporción de 1 miembro del personal por cada 15 estudiantes. Por lo menos un miembro del personal en servicio es certificado en Reanimación Cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés) y Primeros Auxilios.

**Cada día** los niños que asistan tendrán la oportunidad de participar en una variedad de actividades tales como ayuda en las tareas, artes y manualidades, jugar en los exteriores, tiempo para desarrollar una actividad de su elección y tiempo de juego organizado.

**La medicina** que se requiera tomar durante las horas del programa SAP debe estar en su envase original con la etiqueta marcada en forma clara y los papeles requeridos completos.

**Desayuno y bocaditos** se ofrece el desayuno a un costo adicional que se paga directamente a los Servicios de Nutrición. Los niños reciben un nutritivo snack/bocadito en la tarde sin costo adicional.

**Seguro** nuestro distrito escolar ofrece un seguro de responsabilidad civil y una póliza de seguro colectivo. Este seguro colectivo cubre a los estudiantes de Latchkey cuando se lesionan durante Latchkey. Esta prima se paga por medio de una cuota de inscripción. En el caso de una lesión, la póliza de seguro colectivo funcionará como su seguro secundario. Si usted no tiene seguro, esta póliza del distrito podría servir como su seguro primario. Al momento de ocurrir una lesión, se le proporcionará un formulario de reclamo para completar junto con una copia de la explicación de los beneficios de cobertura. Esta copia de explicación de los beneficios de cobertura está disponible a los padres a su solicitud.

**Razones para retirar al niño del Programa:**

- Continuos pagos tarde.
- Falta de pago de cuotas por los servicios por dos semanas.
- Que el niño falte por diez (10) días escolares consecutivos durante el año escolar **sin notificación escrita o sin pago (por estos días programados no asistidos se cobrará la tarifa diaria acordada)**
- Incumplimiento del niño o padre de las normas del Programa para Niños en Edad Escolar (SAP).
- Repetidos problemas de mala conducta.
- No cumplimiento de los padres/tutores sobre el horario del programa (recoger al niño tere repetidas veces)

**Reglas y expectativas de los niños en el Programa (SAP) alineadas a las normas de disciplina de la escuela:**

- Se espera que tenga un comportamiento positivo y apropiado:
- Se espera que los niños respeten los derechos de los demás
- Se deben respetar las reglas de seguridad de la escuela.
- Los niños deben obedecer a los adultos encargados de una manera respetuosa y con cortesía.
- Por favor deje los artículos personales en casa. El personal no es responsable de ningún artículo personal traído a la escuela.

**Autorización, acuerdo y aceptación de los padres:**

**Ponga sus iniciales para dar conformidad o escriba NO para declinar.**

- \_\_\_ 1. Mi hijo(a) tiene permiso para participar en todas las actividades ofrecidas.
- \_\_\_ 2. Cualquier fotografía que se le tome a mi hijo(a) puede ser usada en los boletines, exposiciones, pizarra de anuncios u otro tipo de publicaciones educativas.
- \_\_\_ 3. Notificar al director del programa sobre cualquier cambio que ocurran en la familia y que pudieran afectar la asistencia, actividades o comportamiento de mi hijo(a) y se le proporcione un mejor cuidado al respecto.
- \_\_\_ 4. Proporcionar por escrito cambios respecto al horario de mi hijo(a), nueva dirección de casa/trabajo/números celulares de mi mismo así como de las personas autorizadas para recoger a mi hijo(a).
- \_\_\_ 5. He recibido un manual del Programa para Niños en Edad Escolar.

**HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON TODO LO ANTERIOR.**

Nombre del Niño (letra imprenta por favor) \_\_\_\_\_

Nombre del padre (letra de imprenta por favor) \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Escuelas Públicas de Wichita - Programa de Guardería para Edad Escolar (Latchkey)  
Personas Autorizadas para Recoger Estudiantes**

Padre/Tutor del participante \_\_\_\_\_  
(Nombre del niño en letra imprenta)

El padre/tutor debe firmar la entrada y salida de su niño diariamente.

Liste abajo las personas que **frecuentemente** van a estar dejando y recogiendo a su estudiante (incluyéndose usted). A cada persona listada abajo se le requerirá tener una foto en los archivos.

1. \_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta                      Relación con el niño                      # de teléfono (requerido)  
\_\_\_\_\_  
Dirección, ciudad, estado, código postal
2. \_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta                      Relación con el niño                      # de teléfono (requerido)  
\_\_\_\_\_  
Dirección, ciudad, estado, código postal
3. \_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta                      Relación con el niño                      # de teléfono (requerido)  
\_\_\_\_\_  
Dirección, ciudad, estado, código postal
4. \_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta                      Relación con el niño                      # de teléfono (requerido)  
\_\_\_\_\_  
Dirección, ciudad, estado, código postal

**En el evento de una emergencia en donde otra persona necesite recoger al estudiante, usted deberá contactar al personal de la guardería y proporcionar al nombre de la persona. Se le requerirá una identificación con foto.**

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**ESCUELAS PÚBLICAS DE WICHITAS**  
**PROGRAMA DE GUARDERÍA PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR** (SAP, por sus siglas en inglés)  
(Latchkey)  
**DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE**

Por medio de la presente designo a \_\_\_\_\_,  
*(Nombre de la institución exactamente como se establece en la licencia o número de licencia)* \_\_\_\_\_ *(nombre de la escuela)*  
quien es miembro del personal SAP, o al personal de la escuela \_\_\_\_\_ *(nombre de la escuela)* que es  
representante de la institución nombrada con el propósito de autorizar y darle consentimiento para proporcionar  
cualquier y todos los servicios médicos y tratamiento de emergencia a mi niño \_\_\_\_\_  
*(nombre y apellido del hijo o de la hija)*  
que puedan ocurrir mientras mi niño está bajo el cuidado o en custodia de dicha institución, desde \_\_\_\_\_  
*(Mes/Día/Año)*  
y \_\_\_\_\_, mientras yo esté ausente o en caso de no estar disponible inmediatamente para dar  
*(Mes/Día/Año)* consentimiento

**Información para la Sala de Emergencia:**

Liste cualquier alergia conocida u otra información pertinente sobre el estado de salud de este niño en caso de  
emergencia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante seguro de salud? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

Si su respuesta es SI, por favor complete lo siguiente:

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Número de la Póliza: \_\_\_\_\_

Programa Médico de Asistencia: \_\_\_\_\_ Número de Tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de Tarjeta de Asistencia Médica Militar (ID): \_\_\_\_\_

Si lo sabe, ¿cuál es la fecha de la última vacuna contra el Tétanos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Firma de uno de los Padres/Tutor)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha en que se firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre/Tutor (en letra de imprenta)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Testigo para la firma del padre/tutor** (que no sea empleado del Programa para Edad Escolar-SAP) Fecha

\_\_\_\_\_  
**Nombre del testigo en letra de imprenta**

El formulario de historia y evaluaciones médicas (o formulario de historia médica para el Programa de Niños en Edad Escolar) y el de autorización para servicios médicos y tratamiento de emergencia deben ser llevados a la sala de emergencia. Ambos formularios deben estar en el vehículo cuando el niño sea transportado por la institución.

**Escuelas Públicas de Wichita – Programa para Niños en Edad Escolar (Latchkey)  
Cuestionario de pago**

¿Cómo planea hacer los pagos de Latchkey? Por favor ponga sus iniciales en la caja apropiada.

- Cheque/efectivo/giro postal
- Pagar con tarjeta de crédito o débito personalmente en este sitio
- En línea en MyPaymentPlus (solamente con tarjeta de crédito o débito) por favor tome un volante y afirme conocimiento con sus iniciales abajo
- Tarjeta DCF (a través del Departamento de Niños y Familias) por favor tome un volante y afirme conocimiento con sus iniciales abajo©

Afirmo conocimiento con sus iniciales en las dos declaraciones de abajo.

\_\_\_ \* Se aplicará un importe de \$5 por pago tarde en mi cuenta el último día de la semana por el saldo adeudado.

\_\_\_ \* Falta de pago por dos semanas puede resultar en que su estudiante sea removido del programa.

**Pago en línea en MyPaymentPlus – afirme conocimiento con sus iniciales abajo.**

\_\_\_ \* El director del programa debe recibir la hoja de confirmación de MyPaymentPlus antes de aplicarse el pago.

- Proporcione la hoja impresa de confirmación o reenvíe la confirmación del correo electrónico.
  - Cuando reenvíe el correo electrónico, espere una respuesta de agradecimiento. Si usted no recibe una respuesta, notifique verbalmente al director que ha reenviado el correo electrónico. Pudiera ir al correo basura (spam) la primera vez.
- Solamente se disculpará un pago tarde por atraso en la notificación.
- Nuestro sistema no está unido al sitio en línea de MPP como los Servicios de Nutrición. Ellos no nos notifican que usted ha hecho su pago. El saldo que usted ve en MPP es el saldo de los alimentos.
- La aplicación en el teléfono solo funciona para los alimentos en este momento.
- Asegúrese de ver el nombre de su sitio y SAP Latchkey antes de hacer un pago para evitar que el mismo vaya a alimentos o a una escuela equivocada.

**Abajo marque su afirmación de conocimiento con sus iniciales.**

\_\_\_ \* Notifique al director del programa de los pagos en línea. El sitio en línea no nos notifica a nosotros.

- Los pagos se debieran hacer por la suma de su guardería. No se nos permite quedarnos con fondos excesivos para usar en el futuro.

Nombre del (de los) niño (s): \_\_\_\_\_

Nombre del padre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Sitio de Latchkey: \_\_\_\_\_

## Escuelas Públicas de Wichita - Programa para Niños en Edad Escolar (SAP) Guía de Comportamiento y Norma de Disciplina

### Expectativas

- ✓ Cada niño del programa SAP es responsable por sus acciones personales. El derecho a participar en SAP conlleva la obligación de mantener un comportamiento aceptable.
- ✓ No se permitirá actuar de manera desafiante ni cualquier demostración de falta de respeto de palabra o acción, hacia cualquier miembro del personal.
- ✓ La grosería y la vulgaridad no están permitidas.
- ✓ Se espera que el alumno que robe o maliciosamente destruya o desfigure la propiedad, deba restituirla como parte de las consecuencias o será removido del programa SAP.
- ✓ Los padres deberán involucrarse en ayudar al personal de SAP para asegurar una solución significativa y positiva por las acciones de comportamiento de su hijo.
- ✓ La grosería de los padres dirigida al personal de SAP es razón para el despido del programa

### El personal usará manejo de comportamiento positivo

- Repasará el comportamiento esperado del niño para la actividad seleccionada de manera positiva.
- Proporcionará opciones - ¿prefieres jugar con esto o esto? Indicará específicamente el comportamiento esperado del niño.
- Se le dará un tiempo para reflexionar de acuerdo a la edad, lejos de otros estudiantes como sea necesario. El niño permanecerá en tiempo de reflexión sólo por lo suficiente mientras se controla. El personal usará las expectativas CHAMPS/Segundo Paso según sea necesario para ayudar a los estudiantes a recuperar el control.
- El tiempo de reflexión y las hojas se completarán en un área designada, bajo la supervisión visual del personal.

### Tiempo para reflexionar y hojas de reflexión

1. Las infracciones de comportamiento resultarán en tiempo para reflexionar, como primer paso.
2. Como segundo paso, tendrán que completar las hojas de reflexión. Las hojas de reflexión serán firmadas por el padre y archivadas en folder del estudiante.

### Reporte de comportamiento

1. Un reporte de comportamiento SAP se completará después de tres hojas de reflexión.
2. Dos reportes de comportamiento SAP por violaciones distintas a las de Cero Tolerancia, resultarán en una suspensión de dos días del programa SAP.
3. Tres reportes de comportamiento SAP por violaciones distintas a las de Cero Tolerancia, resultarán en el despido del programa SAP

### Los comportamientos Cero Tolerancia incluyen pero no se limitan a:

*Golpear, intimidar, acoso/gestos sexuales, falta de respeto extremo de palabra o acción.*

1. La primera violación de Cero Tolerancia recibirá automáticamente un reporte de comportamiento y recibirá dos días de suspensión del programa SAP o un posible despido de SAP, dependiendo de la gravedad del incidente.
2. La segunda violación de Cero Tolerancia recibirá un reporte de comportamiento y resultará en despido de SAP.

### Traer un arma es un despido automático del programa SAP y posible expulsión de la escuela.

- ❖ Los padres son informados del comportamiento de su hijo por el director de la guardería o su asistente.
- ❖ Los días de suspensión se cobran, pero se puede usar un crédito de ausencia a petición del padre.
- ❖ El despido del programa SAP es por el resto del año escolar y posiblemente por el año siguiente.

SAP puede remover permanentemente a cualquier niño cuyo comportamiento crea un riesgo significativo de daño a la salud o seguridad de otros niños o del personal, por no seguir los pasos delineados anteriormente.

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Norma de la guardería (Latchkey) para estudiantes que son recogidos tarde

---

*Todas las cuentas tendrán un recargo de \$1 por niño por cada minuto después de las 6:00 pm*

## Más de cinco minutos

1ª vez - tarde por cinco minutos o más, recibe un recordatorio de que el programa cierra a las 6:00 pm y que la repetición es una razón para el despido del programa de guardería *latchkey*.

2ª vez - tarde por cinco minutos o más, recibe una copia de su formulario de inscripción E-2 firmado. Bajo el título, **Razones para el despido**, se resalta la línea donde dice qué pasa si se repite que el estudiante sea recogido tarde. El padre es notificado de que la próxima vez que esté más de cinco minutos tarde, será su última semana en el programa de guardería *latchkey*.

3ª vez - tarde por cinco minutos o más, los padres serán notificados de que esta es su última semana en el programa de guardería *latchkey*.

## Menos de cinco minutos

1ª vez - tarde por menos de cinco minutos, recibe un recordatorio de que el programa cierra a las 6:00 pm y que la repetición es una razón para el despido del programa de guardería *latchkey*.

2ª y 3ª vez – tarde por menos de cinco minutos, recibe un recordatorio verbal de que recoger al estudiante tarde es una razón para retirarlo del programa de guardería.

4ª vez – tarde por menos de cinco minutos, recibe una copia de su formulario de inscripción E-2 firmado. Bajo el título, **Razones para el despido**, se resalta la línea donde dice qué pasa si se repite que el estudiante sea recogido tarde. El padre es notificado de que la próxima vez que esté más de cinco minutos tarde, será su última semana en el programa de guardería *latchkey*.

5ª vez – tarde por menos de cinco minutos, el padre es notificado de que esta es su última semana en el programa de guardería *latchkey*.

**HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO TODO LO ANTERIOR**

---

Firma de Padre/Madre o Guardian

### 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
<b>DTaP/Tdap</b> (Difteria, Tétanos, Tos ferina) Se requiere para el ingreso en la escuela. Se requiere una sola Tdap para ingresar al 7mo grado.							
<b>Polio</b> Requerido para ingresar a la escuela.							
<b>HEP B</b> (Hepatitis B) Requerido para ingresar a la escuela.							
<b>Varicela</b> (Chickenpox) Requerido para ingresar a la escuela.							
<b>MMR</b> (Sarampión, Paperas y Rubéola combinados) Requerido para ingresar a la escuela.							
<b>Influenza</b> (Gripe) Recomendado anualmente para edades de 6 meses en adelante. No es requerida para ingresar a la escuela.							
<b>HIB</b> (Haemophilus Influenzae Tipo B) Requerido < 5 años de edad para preescolar o ciudadano infantil gestionado por una escuela.							
<b>PCV</b> (Conjugado Neumocócico) Requerido < 5 años de edad para preescolar o ciudadano infantil gestionado por una escuela.							
<b>HEP A</b> (Hepatitis A) Requerido para ingresar a la escuela.							
<b>MCV4</b> (Meningococo -Serogrupo ACWY) Requerido para ingresar a la escuela. Dosis requeridas para el ingreso al 7mo y 11vo grado.							
<b>VPH</b> (Virus del Papiloma Humano) Recomendado a los 11 a 12 años de edad. No es requerido para ingresar a la escuela.							
<b>Rotavirus</b> Recomendado < 8 meses de edad. No es requerido para ingresar a la escuela.							

= Dosis determinada inválida por el proveedor **!** = Dosis no válida. KSWebIZ edad mínima/intervalo no cumplido

Si se agregan dosis adicionales, por favor escriba sus iniciales y firme a continuación:

Hx de Enfermedad: S \_ N Fecha de la enfermedad: \_\_\_\_\_  
Firma del PAM (HCP): \_\_\_\_\_

**Alternativas Legales a Los Requisitos de Vacunación "KSA 72-6262"**

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 exención 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 padre o tutor de que el niño es partidario de una denominación religiosa cuyas enseñanzas religiosas se oponen a tales pruebas o inoculaciones".

**Documentación**

La Kci Sólo Puede Ser Firmada Por un Médico (MD/DO), el Departamento de Salud o la Escuela.

Certifico que he revisado la cartilla de vacunación de este alumno y la he transcrito con exactitud

Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Representante autorizado: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

El registro presentado fue:  
 Registro de Vacunación de Kansas  
 Otro Registro de Vacunación (Especifique) \_\_\_\_\_

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

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

Firma del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## 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.

<b>Preescolar a 12° Grado</b>	
<p><b>Prekínder de 0 a 4 Años</b></p> <p>Nacimiento HEP B</p> <p>2 meses DTaP POLIO HEP B HIB* PCV</p> <p>4 meses DTaP POLIO HIB* PCV</p> <p>6 meses DTaP POLIO HEP B HIB* PCV</p> <p>12 a 15 meses MMR VAR HIB* PCV</p> <p>15 a 18 meses DTaP</p> <p>12 a 23 meses HEPA</p> <p>6 meses después 1ra dosis HEPA</p>	<p><b>DTaP: 5 Dosis</b></p> <p>a. intervalo mínimo de 4 semanas entre las 3 primeras dosis; Intervalo de 6 meses entre la dosis 3 y la dosis 4</p> <p>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</p> <p>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</p> <p><b>Tdap/TD: 7 años o más</b></p> <p>a. Se requiere una dosis única de Tdap para el ingreso a 7º grado, entre 11 a 12 años de edad</p> <p><b>Polio: 4 Dosis</b></p> <p>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</p> <p>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</p> <p>c. Para series combinadas (IPV/tOPV) o solo serie tOPV; se deben administrar 4 dosis</p> <p><b>Hepatitis A: 2 Dosis</b></p> <p>a. Intervalo mínimo de 6 meses entre la dosis 1 y la dosis 2</p> <p><b>Meningococcal (Serogroup A, C, W, Y): 2 Dosis</b></p> <p>a. Dosis 1 requerida para el ingreso a 7º grado, entre 11 a 12 años de edad</p> <p>b. Dosis 2 requerida para el ingreso a 11º grado, entre 16 a 18 años de edad</p> <p>c. Si no hay dosis previa antes de los 16 años de edad, sólo se requiere una dosis</p> <p><b>Información adicional sobre la vacuna:</b> Los requisitos de vacunación de las escuelas de Kansas se encuentran en: <a href="http://kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/21274/2024-2025-KCI-form-B-PDF">kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/21274/2024-2025-KCI-form-B-PDF</a> La Versión En Blanco Del Formulario KCI está disponible en: <a href="http://kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/21273/2024-2025-Blank-KCI-PDF">kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/21273/2024-2025-Blank-KCI-PDF</a> encuentra en: <a href="http://cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html">cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html</a></p>
<p><b>Preescolar a 12° Grado</b></p> <p><b>MMR: 2 Dosis</b></p> <p>a. Dosis 1 a los 12 meses de edad o después</p> <p>b. El intervalo mínimo entre la dosis 1 y la dosis 2 es 28 días</p> <p>c. No aplica el periodo de gracia de 4 días entre la dosis 1 y la dosis 2</p> <p><b>Varicella: 2 Dosis</b></p> <p>a. Dosis 1 a los 12 meses de edad o después</p> <p>b. Para menores de 13 años, el intervalo mínimo entre la dosis 1 y la dosis 2 es de 3 meses</p> <p>c. Para mayores de 13 años, el intervalo mínimo para la dosis 1 y la dosis 2 es de 28 días</p> <p>d. No aplica el periodo de gracia de 4 días entre la dosis 1 y la dosis 2</p> <p>e. No se requieren dosis si un proveedor de atención médica ha documentado una enfermedad previa por varicela</p> <p><b>Hepatitis B: 3 Dosis</b></p> <p>a. Intervalo mínimo de 4 semanas entre la dosis 1 y la dosis 2</p> <p>b. intervalo mínimo de 8 semanas entre la dosis 2 y la dosis 3</p> <p>c. intervalo mínimo de 16 semanas entre la dosis 1 y la dosis 3</p> <p>d. Dosis 3 debe administrarse después de las 24 semanas de edad</p> <p><b>Notas Adicionales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podrán considerarse válidas las dosis de vacuna administradas hasta 4 días antes del intervalo o edad mínima</li> <li>• Con excepción de la vacuna contra la hepatitis B, las vacunas administradas antes de las 6 semanas de edad no se consideran válidas</li> <li>• Las medias dosis o las dosis reducidas de vacuna, no se consideran válidas</li> </ul>	<p><b>Los Padres o Tutores No Están Autorizados a Completar Los Formularios de KCI.</b></p> <p>KCI - Formulario B - Exención Médica se encuentra en: <a href="http://kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/21274/2024-2025-KCI-form-B-PDF">kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/21274/2024-2025-KCI-form-B-PDF</a> La Versión En Blanco Del Formulario KCI está disponible en: <a href="http://kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/21273/2024-2025-Blank-KCI-PDF">kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/21273/2024-2025-Blank-KCI-PDF</a></p> <p><b>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 Hijos Serán Exceptuados de la Escuela en Caso de un Brote o Sospecha De Un Caso De Una Enfermedad Prevenible Mediante Vacunación.</b></p>

\*La cantidad de dosis depende de la marca administrada. Comuníquese con el Kansas Immunization Program si necesita ayuda para determinar la dosis correcta.