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 ⊘ = Dosis determinada inválida por el proveedor ! = Dosis no válida. KSWebIZ edad mínima/intervalo no cumplido						
	1er	**2do**	**3er**	**4to**	**5to**	**6to**	**7mo**
DTaP/Td/Tdap (Difteria, Tétanos, Tos ferina) Se requiere para el ingreso en la escuela. Se requiere una sola Tdap para ingresar al 7mo grado. **Tipo de Estado**							
Polio Requerido para ingresar a la escuela.						Si se agregan dosis adicionales, por favor escriba sus iniciales y firme a continuación:	
HEP B (Hepatitis B) Requerido para ingresar a la escuela.							
Varicela (Chickenpox) Requerido para ingresar a la escuela.			Hx de Enfermedad: __S __N 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 -Serogrupo 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

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:
Representante autorizado:
Dirección:

El registro presentado fue: Fecha:_____

☐ Registro de Vacunación de Kansas
☐ Otro Registro de Vacunación (Especifique) _____

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".

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

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

Nacimiento	HEP B
2 meses	DTaP POLIO HEP B HIB* PCV
4 meses	DTaP POLIO HIB* PCV
6 meses	DTaP POLIO HEP B HIB* PCV
12 a 15 meses	MMR VAR HIB* PCV
15 a 18 meses	DTaP
12 a 23 meses	HEP A
6 meses después 1ra dosis	HEP A

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

Preescolar a 12º Grado

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

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

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

Hepatitis A: 2 Dosis
a. Intervalo mínimo de 6 meses entre la dosis 1 y la dosis 2

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

MMR: 2 Dosis
a. Dosis 1 a los 12 meses de edad o después
b. El intervalo mínimo entre la dosis 1 y la dosis 2 es 28 días
c. No aplica el período de gracia de 4 días entre la dosis 1 y la dosis 2

Varicella: 2 Dosis
a. Dosis 1 a los 12 meses de edad o después
b. Para menores de 13 años, el intervalo mínimo entre la dosis 1 y la dosis 2 es de 3 meses
c. Para mayores de 13 años, el intervalo mínimo para la dosis 1 y la dosis 2 es de 28 días
d. No aplica el período de gracia de 4 días entre la dosis 1 y la dosis 2
e. No se requieren dosis si un proveedor de atención médica ha documentado una enfermedad previa por varicela

Hepatitis B: 3 Dosis
a. Intervalo mínimo de 4 semanas entre la dosis 1 y la dosis 2
b. intervalo mínimo de 8 semanas entre la dosis 2 y la dosis 3
c. intervalo mínimo de 16 semanas entre la dosis 1 y la dosis 3
d. Dosis 3 debe administrarse después de las 24 semanas de edad

Notas Adicionales:
- Podrán considerarse válidas las dosis de vacuna administradas hasta 4 días antes del intervalo o edad mínima
- Con excepción de la vacuna contra la hepatitis B, las vacunas administradas antes de las 6 semanas de edad no se consideran válidas
- Las medias dosis o las dosis reducidas de vacuna, no se consideran válidas

Información adicional sobre la vacuna:
Los requisitos de vacunación escolar de Kansas se encuentran en https://www.kdhe.ks.gov/324/Immunization-Requirements
El Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes por la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés) se encuentra en https://downloads.aap.org/AAP/PDF/AAP-Immunization-Schedule.pdf
El Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes por la Academia Estadounidense de Médicos de Familia (AAFP, por sus siglas en inglés) se encuentra en https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/immunizations/2025%20Adolescent%20Schedule.pdf

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

KCI - Formulario B - Exención Médica se encuentra en: https://www.kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/21274/2026-2027-KCI-form-B-PDF
La Versión En Blanco Del Formulario KCI está disponible en: https://www.kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/21273/2026-2027-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 Hijos Serán Exceptuados de la Escuela en Caso de un Brote o Sospecha De Un Caso De Una Enfermedad Prevenible Mediante Vacunación.