

**Programa para Edad Escolar de las Escuelas Públicas de Wichita (Latchkey)
Acuerdo de Inscripción para Padres**

Entrada y Salida:

Acompañar y Registrar Entrada/Salida: Los padres deben acompañar a su estudiante al área supervisada del programa Latchkey y registrarlo/a al entrar y salir usando la computadora o la hoja de registro.

Personas Autorizadas para Recoger: Proporcione una foto de las personas autorizadas para recoger al menor. Estas personas deben tener 18 años o más y serán registradas en el lector de huellas digitales.

Aviso de Retiro: Se debe entregar un aviso por escrito con dos semanas de anticipación antes de retirar al estudiante del programa.

Cobros:

Cuota de inscripción: \$20 por estudiante. Se paga al momento de la inscripción y no es reembolsable.

- Las transferencias a otro sitio durante el año escolar no requieren una nueva cuota de inscripción.
- Si el estudiante sale del programa y se vuelve a inscribir durante el año, deberá pagar nuevamente la cuota de inscripción.

Las cuotas semanales se cobran al inicio de cada semana:

- Cuota semanal estándar: \$30
- Cuota semanal reducida: \$25
- **Cargo por pagos atrasados:** Se aplicará un cargo de \$5 sobre cualquier saldo pendiente el último día escolar de la semana.
- **Cargo por recoger tarde:** Se cobrará \$1 por cada minuto después del horario de cierre. Si pasan 30 minutos, se podrá contactar a las autoridades.
- **Descuento para estudiantes adicionales:** A partir del tercer estudiante de la misma familia, la tarifa es a mitad de precio. (La cuota de inscripción no tiene descuento.)

Pagos:

Pago: Se debe realizar al comienzo de la semana. Los padres son responsables del pago, independientemente de la asistencia del estudiante.

Enfermedad o vacaciones: Cada estudiante tiene derecho a 5 días de ausencia por enfermedad o vacaciones durante el año escolar. Los padres deben solicitar crédito al director del programa por la semana en que se usen.

Consideraciones administrativas: Se podrá brindar una consideración especial en casos de ausencias por enfermedad que duren más de cinco días consecutivos.
La falta de pago puede ser motivo de expulsión del programa. Después de 30 días sin pago, el saldo será enviado a cobranza.

Complete la hora estimada de llegada y salida para cada día. Estos horarios específicos son requeridos por el Departamento de Salud y Medio Ambiente del Estado de Kansas (KDHE).

Hora de llegada: Lunes _____ Martes _____ Miércoles _____ Jueves _____ Viernes _____

Hora de salida: Lunes _____ Martes _____ Miércoles _____ Jueves _____ Viernes _____

El cumplimiento de este acuerdo es para brindar protección a los padres y asegurar la continuidad del Programa para Edad Escolar.

Nombre del estudiante: _____ Grado escolar: _____
Nombre del padre/madre: _____ Número de identificación del estudiante: _____
Firma del padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____
Correo electrónico: _____
Firma del director/a: _____ Teléfono del Programa para Edad Escolar: _____
Horario del Programa para Edad Escolar en: _____ es de: _____ Fecha de inicio: _____

**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

Afirme 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 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 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 _____ que es
(nombre de la escuela)
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 (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 tate 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 para Estudiantes en Edad Escolar (SAP) Guía de Comportamiento y Norma de Disciplina

Expectativas

- Cada estudiante 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.
- Las groserías y vulgaridades no están permitidas
- Se espera que un estudiante que robe, destruya o desfigure maliciosamente propiedad haga restitución como parte de las consecuencias o sea retirado del programa SAP.
- Los padres deben participar para ayudar al personal del SAP a garantizar una solución significativa y positiva a las acciones de comportamiento de su estudiante.
- Groserías dirigidas al personal del SAP serán motivo de despido de expulsión del programa.

El personal usará manejo de comportamiento positivo

- Revisar el comportamiento esperado del estudiante para la actividad seleccionada en una declaración positiva.
- Proporcionar opciones: ¿preferirías jugar con esto o con esto otro? Explicar específicamente el comportamiento esperado del estudiante.
- Se dará un tiempo de reflexión apropiado para la edad, lejos de los demás según sea necesario. El estudiante permanecerá en tiempo de reflexión solo el tiempo suficiente para recuperar el autocontrol. El personal utilizará CHAMPS/Second Step según sea necesario para ayudar a los estudiantes a recuperar el control.

Tiempo de reflexión y Hojas de Reconsideración

1. El tiempo de reflexión y las hojas de consideración se completan en un área designada bajo supervisión visual del personal. Las infracciones de comportamiento resultan en tiempo de reflexión como primer paso.
2. Las hojas de reconsideración se completan como segundo paso. Las hojas de reconsideración son firmadas por los padres y se mantienen en la carpeta del estudiante.

Informe de Comportamiento

1. Un informe de comportamiento del SAP se completa después de 3 hojas de reflexión.
2. Dos informes de comportamiento del SAP por violaciones que no sean de tolerancia cero resultarán en una suspensión de dos días del SAP.
3. Tres informes de comportamiento por violaciones que no sean de tolerancia cero resultarán en una suspensión de dos días del SAP.

Comportamientos de Tolerancia Cero Incluyen, pero no se limitan a:

Golpear, acosar, acoso sexual / gestos, falta de respeto extremo mediante palabra/acción.

1. La primera violación de tolerancia cero recibirá automáticamente un informe de comportamiento y una suspensión de dos días del SAP o posible terminación del SAP según la gravedad del incidente.
 2. La segunda violación de tolerancia cero recibirá un informe de comportamiento y resultará en la terminación del SAP o posible terminación automática del SAP y posible expulsión de la escuela. **Llevar un arma es terminación automática del SAP y posible expulsión de la escuela.**
- Los padres son informados del comportamiento de su hijo por el director o subdirector de la guardería.
 - Los días de suspensión son contados, pero se puede usar un crédito por ausencia, previamente solicitado por el padre o la madre.
 - La terminación del SAP es por el resto del año escolar y posiblemente el siguiente año.

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

1/2023

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/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	<input checked="" type="checkbox"/>						
Polio Requerido para ingresar a la escuela.							
HEP B (Hepatitis B) Requerido para ingresar a la escuela.							
Variola (Chickenpox) Requerido para ingresar a la escuela.							
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 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.

Certificado 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".

Do my consentimento 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
 TELÉFONO: 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.

Prekindler de 0 a 4 Años	Prescolar a 12º Grado
<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 HEP A</p> <p>6 meses después HEP A 1ra dosis</p> <p>*La cantidad de dosis depende de la marca administrada. Comuníquese con el Kansas Immunization Program si necesita ayuda para determinar la dosis correcta.</p>	<p>DTAP: 5 Dosis</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>Tdap/TD: 7 años o más</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>Polio: 4 Dosis</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/OPV) o solo serie tOPV, se deben administrar 4 dosis</p> <p>Hepatitis A: 2 Dosis</p> <p>a. Intervalo mínimo de 6 meses entre la dosis 1 y la dosis 2</p> <p>Meningococcal (Serogroup A, C, W, Y): 2 Dosis</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>MMR: 2 Dosis</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 período de gracia de 4 días entre la dosis 1 y la dosis 2</p> <p>Varicella: 2 Dosis</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 período 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>Hepatitis B: 3 Dosis</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>Notas Adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>Información adicional sobre la vacuna:</p> <p>Los requisitos de vacunación de las escuelas de Kansas se encuentran en: kdhe.ks.gov/324/Immunization-Requirements</p> <p>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</p> <p>Los Padres o Tutores No Están Autorizados a Completar Los Formularios de KCI.</p>

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 Hijos Serán Exceptuados de la Escuela en Caso de un Brote o Sospecha De Un Caso De Una Enfermedad Prevenible Mediante Vacunación.

Introducing efficiency tools for EBT cardholders ...on the web!

- ✓ Review your transactions
- ✓ View the balance on your EBT card
- ✓ Read helpful hints

www.ebtedge.com

**Start using these tools
On the web today!**

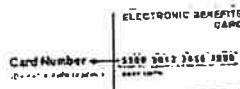
Registration is easy!

- ✓ Go to www.ebtedge.com (add to favorites)
- ✓ Click on "More Information" in the EBT Cardholder box.

- EBT Cardholders
- View the balance on your EBT card
 - Review your transactions
 - Read helpful hints

[More information](#)

EBT Cardholder Log In



You can call 1-800-997-6666 for help

ALWAYS PROVIDE A RECEIPT for your director.
You can print or e-mail the receipt.
See the director for the e-mail address.