

Spring Branch Independent School District
Servicios de Salud
Solicitud de record de vacunas requisitos para Pre-Kinder

| | | |
|-----------------------|---------------------|--------------------------|
| Nombre del estudiante | Fecha de nacimiento | Fecha en que se solicitó |
|-----------------------|---------------------|--------------------------|

Todos los estudiantes que se van a inscribir deben cumplir con los requisitos de vacunación antes de que se les permita inscribirse. Se requieren los siguientes records y pueden ser enviados por las escuela a la que asistió anteriormente, por un medico con licencia o por una clínica de salud pública, o esta forma puede ser llenada por un medico con licencia y regresada la escuela que so señala abajo.

DPT/DtaP/DT/Td: o#1 _____ o#2 _____ o#3 _____ o#4 _____

o#5 _____ Última fecha de DT en archivo _____

Polio: o#1 _____ o#2 _____ o#3 _____ o#4 _____

Hib: o#1 _____ o#2 _____ o#3 _____ o#4 _____

Hepatitis B: o#1 _____ o#2 _____ o#3 _____

Sarampión: o#1 _____ o#2 _____ Rubéola: o _____

MMR: o#1 _____ o#2 _____ Paperas: o _____

Varicela: o#1 _____ o fecha en que le dio la enfermedad se la varicela: _____

Hepatitis A: o#1 _____ o#2 _____

Vacuna Conjugada de Pneumococo (PCV7): o#1 _____ o#2 _____ o#3 _____ o#4 _____

| | | |
|---|------------------|----------|
| Nombre del doctor (Por favor en letra de molde) | Firma del doctor | Teléfono |
|---|------------------|----------|

Difteria/Tosferina/Tétano – Se requieren 4 dosis de DTaP/DTP para niños de 19 meses a 4 años de edad. A los 5 años, al entrar a kindergarden, se requieren 5 dosis de vacunas en cualquier combinación, a menos de que la cuarta dosis haya sido recibida cumplir o después de cumplir 4 años, en este caso solo se requieren 4 dosis.

Polio – A la edad de 4 años se requieren 3 dosis. A la edad de 5, o al entrar a kindergarden, se requieren 4 dosis, una de las cuales debe haber sido recibida al cumplir o después de cumplir 4 años. **Si la 3rd dosis fue administrada al cumplir o después de cumplir 4 año solamente se requieren 3 dosis.** Si recibió una combinación de 4 dosis de OPV y IPV antes de los cuatro años de edad, no se requiere ninguna dosis adicional. Sin embargo, si las series incluyen todas las IPV o todas las OPV, entonces se requiere una dosis de refuerzo.

MMR - Se requiere 1 dosis de vacuna de sarampión. La primer dosis debe ser adminstrada al cumplir o después de cumplir un año. Una segunda dosis se debe aplicar a la edad de 5 años o al entrar a kindergarden.

Haemophilus influenzae (tipo b conjugada) – **Una dosis** para niños de 15 meses pero que todavia no tienen 5 años de edad, a menos de que la primers serie de vacunas y el refuerzo se hayan aplicado a los 15 meses o antes. Se acepta historial de la engermedad desde los 2 hasta los 4 años de edad si en por escrito y firmado por un medico con licencia paea peacticar medicina en los Estados Unidos.

Hepatitis B* – Se requieren 3 dosis (4 semanas entre la dosis 1 y 2; 8 semanas las dosis 2 y 3, y 16 semanas después de la primera dosis)

Varicella* – Se requiere que **una dosis de vacuna de varicella** se haya recibido al cumplir o después de cumplir año. Historial confiable de los padres o validación de un medico de que tuvo la enfermedad de varicella puede cumplir con el requisito.

Hepatitis A – Dos dosis adminstrada con lu lapso de 6 – 18 meses para niños de 1 – 4 años, o la entrar de kindergarden.

Vacuna Pneumococo Cojugada (PCV7) - - Edades: 2-6 meses- 3 dosis + refuerzo a los 12 meses o después; 7-11 meses – 2 dosis + reffuerzo a los 12 meses o después; 12-23 meses – 2 dosis, no refuerzo adixional; 24-59 meses – 1 dosis a los 24 meses o después o al cumplir con la serie y el refuerzo (si se indica) a los 23 meses. De 5 años en adelante no se requiere

***Las vacunas administradas 4 días o menos antes del intervalo minimo de edad seerán válidas.**

Los registros de vacunación deben ser recibidos antes de las inscripciones o el estudiante no podrá inscribirse. Si el estudiante está actualmente en las escuela, se debe recibir la actualización durante la fecha señalada abajo o el estudiante sera suspendido de la escuela.

| | | |
|---|---------|-----------------------------|
| Enfermera de la escuela/Asistente de la enfermera | Escuela | Fecha de entrega del récord |
|---|---------|-----------------------------|