

# Requisitos De Vacunación Obligatorios Por El Estado De California

Padres y Tutores:

Por favor, recuerde que usted **debe presentar los registros completos de inmunización** para que su estudiante sea matriculado en la escuela. Por favor, asegúrese de que las siguientes vacunas requeridas por la ley del Estado de California están en sus documentos al registrarse en las Escuelas Da Vinci:

Edad al inscribirse	Número mínimo de dosis de vacunas requeridas
---------------------	--

<b>2 a 3 meses</b>	1 polio + 1 DTaP + 1 Hib + 1 Hep B
<b>4 a 5 meses</b>	2 polio + 2 DTaP + 2 Hib + 2 Hep B
<b>6 a 14 meses</b>	2 polio + 3 DTaP + 2 Hib + 2 Hep B
<b>15 a 17 meses</b>	3 polio + 3 DTaP + 1 Hib + 2 Hep B + 1 MMR
<b>18 meses a 5 años</b>	3 polio + 4 DTaP + 1 Hib + 3 Hep B + 1 MMR + 1 varicela (al menos que haya tenido la varicela)
<b>Kindergarten/ jardín de niños (4-6 años)</b>	4 polio* +5 DTaP** + 3 Hep B + 2 MMR*** + 3 Hep B + 1 varicela (al menos que haya tenido la varicela)
<b>7° grado (mayores de 10 años )</b>	1 Tdap Todos los estudiantes que ingresan al 7° grado necesitan la vacuna de refuerzo contra la tos ferina (Tdap)

## CREENCIAS EXENCION PERSONAL

Efectivo el 1 de enero de 2014, los padres que quieren eximir a sus hijos de una o más vacunas necesarias a causa de sus creencias personales deben proveer una carta o declaración jurada firmada por un padres/tutores y profesional de la salud a la escuela o centro de cuidado infantil.

- Le recomendamos que los padres / tutores y los profesionales de la salud a utilizar el formulario de una página elaborada por el Departamento de Salud Pública de California que solicita una exención, y afirma que la vacuna requerida(s) son contrarias a sus creencias, **y está firmada y fechada por un profesional de la salud** y el padre / guardián indicando que el profesional ha proporcionado, y el padre ha recibido , la información sobre los beneficios y riesgos de las vacunas y los riesgos de las enfermedades prevenibles por vacunación.
- La mayoría de los niños con exenciones han recibido algunas de sus vacunas requeridas. **Además** de las vacunas para las que se solicita la exención, los padres deben demostrar a la escuela o centro de cuidado de niños un registro válido de cuál de las vacunas requeridas para la escuela o guardería que su hijo ha recibido. Esto ayudará a las escuelas saber de inmediato que los estudiantes han y no han sido inmunizados cuando una enfermedad prevenible por vacunación puede propagarse en la escuela.

**Si necesita este formulario usted puede pedir uno antes de la inscripción en cualquiera de las Escuelas Da Vinci o descargar el formulario de nuestro sitio web [www.davincischools.org](http://www.davincischools.org)**



## EXENCIÓN DE LAS VACUNAS REQUERIDAS POR CREENCIAS PERSONALES



NOMBRE DEL ESTUDIANTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ MES      DÍA      AÑO	NÚMERO DE TELÉFONO
NOMBRE DE PADRE/MADRE O TUTOR		DIRECCIÓN	

**(Esta sección la tiene que llenar un profesional médico autorizado)**

### A. AUTHORIZED HEALTH CARE PRACTITIONER LICENSED IN CALIFORNIA – FILL OUT THIS SECTION

I am a (check one):  M.D./D.O.  Nurse Practitioner  Physician Assistant  Naturopathic Doctor  Credentialed School Nurse

**Provision of information:** I have provided the parent or guardian of the student named above, the adult who has assumed responsibility for the care and custody of the student, or the student if an emancipated minor, with information regarding 1) the benefits and risks of immunization and 2) the health risks to the student and to the community of the communicable diseases for which immunization is required in California (immunizations listed in Table below).

\_\_\_\_\_  
Signature of authorized health care practitioner

\_\_\_\_\_  
Date - within 6 months before entry to child care or school

Practitioner name, address, telephone number:

### B. PADRE/MADRE O TUTOR – LLENAR ESTAS SECCIONES

**I. Marcar uno de los siguientes casilleros:**

- Recepción de información:** He recibido información proporcionada por un profesional médico autorizado sobre 1) los beneficios y riesgos de la vacunación y 2) los riesgos para la salud del estudiante nombrado anteriormente y para la comunidad relacionados con enfermedades transmisibles para las cuales se requiere vacunación en California (las vacunas se indican en la Tabla de abajo).
- Creencias religiosas:** Soy miembro de una religión que me prohíbe solicitar asesoramiento o tratamiento médico por parte de profesionales médicos autorizados. (No se requiere la firma de un profesional médico en la Parte A.)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha – dentro del plazo de 6 meses antes del ingreso en guardería o escuela

### II. DECLARACIÓN JURADA

**Vacunas ya recibidas:** He proporcionado a la guardería o escuela un comprobante de todas las vacunas que ha recibido el estudiante y que se requieren para su ingreso (Código de Salud y Seguridad de California §120365).

**Vacunas respecto a las cuales se solicita una exención:** Un estudiante no vacunado y los contactos del estudiante en la escuela y en su casa corren mayor riesgo de enfermarse con una enfermedad prevenible por vacunas. Entiendo que un estudiante no vacunado puede ser excluido de asistir a la escuela o guardería durante un brote de cualquiera de estas enfermedades, o al haberse expuesto a las mismas, para la protección del estudiante y de los otros (17 CCR §6060). Por la presente, solicito la exención del estudiante nombrado anteriormente para las vacunas requeridas marcadas a continuación ya que dicha vacuna es contraria a mis creencias.

Tipo de Escuela	Tabla de Vacunas Requeridas – Marque el(los) casillero(s) para solicitar exención.
Solo guardería	<input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (meningitis por Hib)
Guardería y Jardín de Niños (Kindergarten) – 12° Grado	<input type="checkbox"/> DTaP (Difteria, Tétanos y Tos Ferina) <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> MMR (Sarampión, Paperas y Rubéola) <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Varicela
Ingresando al 7° Grado (o ingreso en 7–12° Grado)	<input type="checkbox"/> Tdap (Tétanos, Difteria y Tos Ferina)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

El Departamento de Salud Pública de California impone controles estrictos en la recopilación y uso de datos personalmente identificables. No se divulga ni se pone a disposición información personal, ni se utiliza de ninguna otra manera para fines que no sean los especificados en el momento de la recopilación, excepto con consentimiento o según autoricen la ley o las regulaciones. Las prácticas de administración de información del Departamento son consistentes con la Ley de Prácticas de Información (*Information Practices Act*) (Sección del Código Civil 1798 et seq.), con la Ley de Registros Públicos (*Public Records Act*) (Sección del Código Gubernamental 6250 et seq.), con las Secciones del Código Gubernamental 11015.5 y 11019.9, y con otras leyes aplicables relativas a privacidad de la información.