

# Aviso de exclusión debido a inmunización incompleta

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado padre o madre / tutor legal de:

(Nombre del estudiante)

Fecha de nacimiento:

(Fecha de nacimiento del estudiante)

La ley de inmunizaciones (vacunas) del estado de Washington (RCW 28A.210.120) requiere que para poder asistir a la escuela todos los estudiantes deben estar apropiadamente vacunados. **Todos los estudiantes deben tener un Certificado de Estado de Inmunización (Certificate of Immunization Status, CIS) completo.** Mediante una reciente revisión se determinó que su estudiante tiene un Certificado de Estado de Inmunización incompleto.

A continuación se indican las razones por las cuales está incompleto. Sírvase **suministrar la información solicitada en el Certificado de Estado de Inmunización adjunto CIS. Su niño no podrá asistir a la escuela hasta que su CIS esté completo.**

Si ustedes desean apelar o impugnar esta decisión de excluir a su niño de la escuela, pónganse en contacto con el director de la escuela dentro de los 10 días hábiles de haber recibido esta notificación.

El Certificado de Estado de Inmunización adjunto está incompleto por la siguiente o siguientes razones:

- Se necesita la firma y la fecha de la firma del padre, madre o tutor legal.
- Se necesitan las fechas (mes, día y año) en que se administraron las vacunas.
- Si está indicando exención por inmunidad, se necesita la firma de un proveedor de atención médica, fecha de la firma y el resultado positivo del análisis de sangre (valor) suministrada por el laboratorio, en que muestra evidencia de inmunidad.
- Si está indicando exención médica, se necesita la firma de un proveedor de atención médica, la fecha de la firma y el nombre de la vacuna en particular o la dosis de la vacuna exenta.
- Si está indicando exención filosófica o religiosa, se necesita la firma del padre, madre o tutor legal y la fecha de la firma; se debe especificar la exención para cada vacuna.
- Se necesita administrar otra dosis de virus vivo ( MMR (sarampión, paperas y rubéola) o  varicela) porque la segunda dosis fue administrada demasiado pronto después de la primera y por ello la segunda no cuenta. Consulte con su proveedor de atención médica.
- Se necesitan las fechas (mes, día, año) en que se administraron las dosis de las vacunas indicadas a continuación:
 

<input type="checkbox"/> DTaP dosis N°1	<input type="checkbox"/> Polio dosis N°1	<input type="checkbox"/> MMR dosis N°1	<input type="checkbox"/> Hep B dosis N°1	<input type="checkbox"/> Varicela dosis N°1
<input type="checkbox"/> DTaP dosis N°2	<input type="checkbox"/> Polio dosis N°2	<input type="checkbox"/> MMR dosis N°2	<input type="checkbox"/> Hep B dosis N°2	<input type="checkbox"/> Varicela dosis N°2
<input type="checkbox"/> DTaP dosis N°3	<input type="checkbox"/> Polio dosis N°3		<input type="checkbox"/> Hep B dosis N°3	
<input type="checkbox"/> DTaP dosis N°4	<input type="checkbox"/> Polio dosis N°4			
<input type="checkbox"/> DTaP dosis N°5				
<input type="checkbox"/> Tdap dosis N°1				

Otro: \_\_\_\_\_

Su proveedor de atención médica privado o una clínica local para vacunas (vea lista adjunta de las ubicaciones de las clínicas para vacunas) pueden proveer las vacunas. Si tiene preguntas o si necesita ayuda, comuníquese con la enfermera de la escuela, proveedor de atención médica o departamento de salud local.

**Gracias por su pronta cooperación.**

DIRECTOR DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_

N° DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

ENFERMERA DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

N° DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_