

Aviso de 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** y devolverlo a la escuela a más tardar el _____. Si no obtenemos el formulario para esa fecha, su niño no podrá asistir a la escuela.

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: _____