

ESTE DOCUMENTO ES SÓLO A TÍTULO INFORMATIVO, SE DEBE RELLENAR LA VERSIÓN EN INGLÉS CON LA EXCEPCIÓN DE LA HOJA N°3 DE ESTE DOCUMENTO QUE DEBE SER RELLENADA Y FIRMADA POR LOS PADRES

HOJA DE VACUNAS

APELLIDOS DEL ESTUDIANTE _____ NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

FECHA DE NACIMIENTO(MES, DÍA, AÑO) _____

VACUNA	1º DOSIS (MES, DIA, AÑO)	2º DOSIS (MES, DIA, AÑO)	3º DOSIS (MES, DIA, AÑO)	4º DOSIS (MES, DIA, AÑO)	5º DOSIS (MES, DIA, AÑO)
HEPATITIS B. Mínimo 3 dosis si la tercera se administró durante o antes del SEGUNDO año de vida					
POLIO Mínimo 3 dosis si la tercera se administró durante o antes del CUARTO año de vida					
SARAMPION 2 dosis					
PAPERAS 2 dosis					
RUBEOLA 2 dosis					
VARICELA 2 dosis					
DIFTERIA, TEANOS Y TOSFERINA Mínimo 4 dosis si la tercera se administró durante o antes del CUARTO año de vida					
RECUERDO TDAP Mínimo 1 dosis TRAS CUMPLIR LOS 11 AÑOS					
COVID-19 No obligatoria para el programa, si fue administrada indique sus dosis y marca					

Las siguientes vacunas son necesarias para inscribirse en una escuela secundaria en los Estados Unidos. Las vacunas incompletas pueden hacer que se retrase o se deniegue la entrada en la escuela a su llegada. La copia de la tarjeta de vacunación del estudiante del país de origen debe ser presentada con este formulario.

***DETALLES ADICIONALES:**

1) POLIO: La OPV administrada antes del 1 de abril de 2016 se presumirá trivalente y, por tanto, podrá ser aceptada, independientemente de la edad o del país de

país de administración. Si la 4ª dosis de la vacuna contra la poliomielitis se administró antes de cumplir los 4 años, se requerirá una 5ª dosis.

2) DTP/DTaP: Sólo se requieren 4 dosis si la 4ª dosis se recibió en o después del 4º cumpleaños y al menos 6 meses después de la 3ª dosis. En determinadas situaciones, puede ser necesaria una dosis adicional, hasta un máximo de 6 dosis.

3) Las vacunas triple vírica y contra la varicela son vacunas vivas y deben administrarse el mismo día o con un intervalo de al menos 28 días (esta regla también se aplica a las dosis de la gripe).

ESTE DOCUMENTO ES SÓLO A TÍTULO INFORMATIVO, SE DEBE RELLENAR LA VERSIÓN EN INGLÉS CON LA EXCEPCIÓN DE LA HOJA N°3 DE ESTE DOCUMENTO QUE DEBE SER RELLENADA Y FIRMADA POR LOS PADRES

VACUNAS ADICIONALES REQUERIDAS ÚNICAMENTE EN ALGUNOS ESTADOS					
VACUNA	1° DOSIS (MES, DÍA, AÑO)	2° DOSIS (MES, DÍA, AÑO)	3° DOSIS (MES, DÍA, AÑO)	4° DOSIS (MES, DÍA, AÑO)	5° DOSIS (MES, DÍA, AÑO)
HEPATITIS A. Mínimo 2 dosis					
REQUERIDA EN AK, AR, CT, GA, HI, ID, IN, IA, KS, KY, NV, OK, OR, SC, TN, TX, Y UT.					
MENINGITIS MenACWY O MCV4 Mínimo 1 dosis tras el 11 año de vida.			Nota: Sólo se aceptarán los meningococos cuadrivalentes de estas marcas: Menactra, Menveo y MenQuadfi. Si su país no ofrece estas marcas, es posible que tenga que recibir esta vacuna después de su llegada a los Estados Unidos. Algunos estados pueden requerir 2 dosis.		
REQUERIDA EN AZ, AR, CT, DE, GA, HI, ID, IL, IN, IA, KS, KY, LA, ME, MD, MI, MN, MO, NV, NJ, NY, NC, ND, OH, PA, RI, SD, TX, UT, VA Y WV.					
HPV (PAPILOMA HUMANO) Mínimo 1 dosis					
REQUERIDA EN HI, RI Y VA					

*Los requisitos de inmunización son determinados por cada estado y están sujetos a cambios sin previo aviso.

¿Está el estudiante vacunado de la tuberculosis (BCG)? Si ☐ NO ☐ Si la recibió ¿en qué fecha? (Mes/día/año)

Todos los estudiantes deben proporcionar los resultados de la prueba de la tuberculosis, independientemente del estado de la vacuna BCG o del resultado de la radiografía de tórax. La prueba debe realizarse en el plazo de un año desde la llegada a los EE.UU. La prueba de la tuberculosis puede ser cutánea o de sangre, y el médico debe completar los resultados a continuación:

Resultado de prueba cutánea:

Fecha:

Resultado de prueba sanguínea:

Fecha:

Resultado de prueba de rayos X:

Fecha:

ESTA HOJA DEBE SER RELLENADA Y FIRMADA POR LOS PADRES

ACUERDO DEL ESTUDIANTE Y DE LOS PADRES NATURALES

Por la presente certifico que he sido informado de que debo tener todas las vacunas y pruebas requeridas para mi Programa de Bachillerato hechas en mi país de origen antes de viajar. Si por alguna razón no puedo tomar todas las vacunas que faltan en mi país de origen antes de la salida, entiendo que tendré que tomarlas en los EE.UU. después de la llegada. Reconozco que algunas vacunas son necesarias para empezar el colegio y que la falta de vacunas puede suponer un retraso en el ingreso en el colegio. Entiendo que mi seguro no cubre los costes de las vacunas y que seré responsable de cubrir estos costes.

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE_____ FIRMA_____

Nosotros, los padres naturales del estudiante arriba mencionado, damos nuestro permiso para que nuestro hijo reciba cualquier vacuna adicional requerida para la asistencia a la escuela en los Estados Unidos después de su llegada.

TUTOR 1

NOMBRE:

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:

FIRMA:

FECHA (MES, DÍA, AÑO):

TUTOR 2

NOMBRE:

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:

FIRMA:

FECHA (MES, DÍA, AÑO):