

Otoño 2016



Atención padres/tutores:

¡La Oficina de Salud de la Escuela Intermedia de _____, en colaboración con el Departamento de Salud de Nuevo México está ofreciendo una clínica de vacunación sin costo alguno para usted!

Las normas de inmunización y requisitos de escuela de Nuevo México indican que todos los estudiantes que ingresen al 7° grado deben tener la vacuna **Tdap**, contra el tétanos, difteria y tos ferina (tos ferina). Tdap protege a los niños de estas enfermedades graves. Otras vacunas aconsejables especialmente para los niños de esta edad son: la vacuna contra el **VPH**, que previene ciertos tipos de cáncer y la vacuna **antimeningocócica**, que impide la meningitis, una infección grave del cerebro y la médula espinal. Las tres vacunas se ofrecerán en la Escuela Intermedia _____ en _____ (fecha).

Si desea que su niño/a sea vacunado/a, por favor responda a las siguientes preguntas, seleccione las vacunas que le gustaría que su niño/a reciba, complete el formulario de consentimiento adjunto, **y devuelva la carta y el formulario de consentimiento** a la escuela para el día _____ (fecha). Usted está obligado/a a completar toda la información, incluyendo las preguntas sobre el seguro médico y la evaluación médica. No se le va cobra, no importa si el niño/a tiene seguro o no tiene seguro. ¡No tiene necesidad de faltar al trabajo-nosotros nos encargamos del resto!
Un cordial saludo,

Enfermera de la escuela
_____ Escuela intermedia

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

- | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Está su niño/a enfermo/a hoy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene su niño/a alergia a algún medicamento, alimento, vacuna o al látex? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si su respuesta es sí, indique la alergia _____ | | |
| 3. ¿Ha tenido su niño/a una reacción grave a una vacuna en el pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si su respuesta es sí, indique la vacuna _____ | | |
| 4. ¿Ha tenido su niño/a problemas del cerebro o del sistema nervioso, tales como Guillain Barré? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Para mujeres: ¿está su hija embarazada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Seleccionar las vacunas que le gustaría que su **niño/a** reciba en la escuela:

- | SÍ | NO |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> HPV (recomendada; son necesarias 3 dosis - la 2ª dosis 2 meses después de la 1ª, la 3ª dosis 6 meses después de la 1ª) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Antimeningocócica (recomendada a los 11-12 años de edad y un refuerzo a los 16-17) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tdap (requerida para ingresar a la escuela en 7º grado) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otra vacuna (si se ofrece): _____ |

Firma del padre/madre/tutor/tutora legal: _____ Fecha: _____

Imprimir el nombre del padre / madre/tutor/tutora legal: _____