

Guía de requisitos de inmunización en las Escuelas

Todos los estudiantes que asisten a la escuela en DC deben presentar prueba de vacunas debidamente administradas para el primer día de clases. Por favor complete y devuelva los formularios de salud escolar de su estudiante incluyendo el Certificado de Salud Universal y el Formulario de Evaluación de Salud Oral. **TODOS LOS ESTUDIANTES DEBEN RECIBIR UNA VACUNA ANUAL CONTRA LA GRIPE**

Mi estudiante debe recibir estas dosis de vacunas al inscribirse en la escuela.



De Preescolar a Infantil

Las siguientes vacunas se reciben típicamente antes de los 2 años de edad:

- 4 dosis de Difteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP)
- 3 dosis de Polio
- 1 dosis de Varicela si no hay antecedentes de varicela
- 1 dosis de Sarampión/Paperas/Rubeola (MMR)
- 3 dosis de Hepatitis B
- 2 dosis de Hepatitis A
- 4 dosis dependiendo de la marca de Hib (Haemophilus Influenza Tipo B)
- 4 dosis de PCV (Neumococo)



Desde el jardín de infancia hasta el 1º grado

Se necesitan dosis adicionales después de recibir las vacunas mencionadas anteriormente:

- 1 dosis de Difteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP)
- 1 dosis de Polio
- 1 dosis de Varicela si no hay antecedentes de varicela.
- 1 dosis de Sarampión/Paperas/Rubeola (MMR)



De 2º a 5º grado

¡Consulte a su médico y asegúrese de que su estudiante recibió todas las vacunas mencionadas!



De 6º grado a la escuela

Se necesitan vacunas adicionales después de recibir todas las dosis de vacunas mencionadas anteriormente:

- 1 dosis de Tdap
- 2 dosis de Meningococo (Hombres ACWY)
- 2 o 3 dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)

* El intervalo y el número de dosis necesarias pueden variar. Por favor, póngase en contacto con el proveedor de atención médica de su hijo. Para obtener información adicional, comuníquese con el Programa de Inmunización de DC Health al (202) 576-7130.



Vacunación anual contra el virus del papiloma humano (VPH)

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Sección 1: Introducir la información del estudiante

Sección 2: Haga que el padre/tutor o estudiante (si tiene 18 años o más) firme y ponga la fecha después de leer la Declaración de Información sobre el VPH.

Section 1: Student Information			
Nombre de la Escuela:			
Nombre del Estudiante:		Fecha de Nacimiento:	Grado:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:
Nombre y dirección del proveedor de servicios de salud:	Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:

A partir de 2009 y de conformidad con la Ley 17-10 del Distrito de Columbia (Vacunas contra el virus del papiloma humano y Ley de Informes de 2007) y la Notificación de Reglamentación del 19 de diciembre de 2014 para ampliar el Título 22 de las Regulaciones Municipales de DC, el padre o tutor legal de un estudiante que se matricula en los grados 6 a 12 por primera vez en una escuela del Distrito de Columbia debe presentar una certificación de que el estudiante:

1. A recibido la vacuna del virus del papiloma humano (VPH); o
2. No a recibido la vacuna contra el VPH este año escolar porque:
 - a. El padre o tutor ha objetado de buena fe y por escrito al funcionario principal de la escuela que la vacunación violaría sus creencias religiosas;
 - b. El médico del alumno, su representante o las autoridades de salud pública han proporcionado a la escuela una certificación escrita de que la vacunación es médicamente desaconsejable; o
 - c. El padre o el tutor legal, a su discreción, ha decidido no participar en el programa de vacunación contra el VPH mediante la firma de una declaración en la que declara que el padre o el tutor legal ha sido informado del requisito de vacunación contra el VPH y ha decidido no participar.

Sección 2: Firma

Opción anual de no recibir vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)

He recibido y revisado la información proporcionada sobre el VPH y los beneficios de la vacuna contra el VPH en la prevención del cáncer de cuello uterino y las verrugas genitales si se administra a niñas y niños preadolescentes. Después de ser informado del riesgo de contraer el VPH y la relación entre el VPH y el cáncer de cuello de útero, otros cánceres y verrugas genitales, he decidido optar por no cumplir con el requisito del VPH para el estudiante mencionado. Sé que puedo volver a tratar este tema en cualquier momento y completar las vacunas requeridas.

Firma del padre, madre, tutor o estudiante si tiene más de 18 años

Date

Escriba el nombre del padre, madre, tutor o estudiante si tiene más de 18 años.

INFORMACIÓN SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

El virus del papiloma humano genital (VPH) es el virus de transmisión sexual más común en el Estados Unidos. Hay unos 100 tipos de VPH. La mayoría de las infecciones no causan ningún síntoma y desaparecen por sí solas. El VPH es importante principalmente porque puede causar cáncer de cuello uterino en las mujeres y varios tipos de cáncer menos comunes tanto en hombres como en mujeres. También puede causar verrugas genitales y verrugas del tracto respiratorio superior. No hay cura para el VPH, pero los problemas que causa pueden ser tratados.

Alrededor de 20 millones de personas en los EE.UU. están infectadas, y alrededor de 6 millones más se infectan cada año. El VPH se propaga generalmente a través del contacto sexual. Más del 50% de los hombres y mujeres sexualmente activos se infectan con el VPH en algún momento de sus vidas. Cada año en los EE.UU., alrededor de 12.000 mujeres contraen cáncer de cuello uterino y 4.000 fallecen a causa de él, con índices de cáncer de cuello uterino en DC superiores a los promedios nacionales.

La vacuna contra el VPH es una vacuna inactivada (no viva) que protege contra cuatro tipos principales de VPH. Estos incluyen dos tipos que causan alrededor del 70% del cáncer de cuello de útero y dos tipos que causan alrededor del 90% de las verrugas genitales. La vacuna contra el VPH puede prevenir la mayoría de las verrugas genitales y la mayoría de los casos de cáncer de cuello de útero.

Se espera que la protección sea duradera. Sin embargo, las mujeres vacunadas aún necesitan una prueba de detección de cáncer de cuello de útero porque la vacuna no protege contra todos los tipos de VPH que causan cáncer de cuello de útero.

La vacuna contra el VPH se recomienda de forma rutinaria para niñas y niños de 11 a 12 años de edad, pero puede administrarse a partir de los 9 años. Es importante que las niñas y los niños se vacunen contra el VPH antes de su primer contacto sexual, porque no han estado expuestos al VPH. La vacuna protege contra algunos, pero no todos, los tipos de VPH. Sin embargo, si una mujer o un hombre ya está infectado con un tipo de VPH, la vacuna no prevendrá la enfermedad de dicho tipo. Aún así, se recomienda que las mujeres y los hombres con VPH se vacunen. Además, la vacuna contra el VPH puede prevenir el cáncer vaginal y vulvar en las mujeres, y las verrugas genitales y el cáncer anal tanto en hombres como en mujeres.

La vacuna también se recomienda para las mujeres de 13 a 26 años de edad y los hombres de 13 a 21 años de edad (o hasta los 26 años en algunos casos) que no la recibieron cuando eran más jóvenes. Se puede administrar junto con cualquier otra vacuna necesaria.

La vacuna contra el VPH se administra en una serie de tres dosis:

1ª dosis: Ahora

2ª dosis: dos meses después de la 1ª dosis

3ª dosis: seis meses después de la 1ª dosis

Las personas que han tenido una reacción alérgica a la levadura, que puso en peligro su vida, mujeres embarazadas o personas que padecen una enfermedad moderada o grave no deben recibir la vacuna. Los efectos secundarios son en su mayoría leves, incluyendo picazón, dolor, enrojecimiento en el lugar de la inyección y fiebre leve o moderada.

Si necesita información adicional, póngase en contacto con su proveedor de atención médica, con el Programa de Inmunización del Departamento de Salud del Distrito de Columbia al (202) 576-7130 o con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) al 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636).

DC HEALTH Certificado Universal de Salud

Use este formulario para informar sobre la salud física de su hijo a su escuela/centro de cuidado infantil. Esto es requerido por la Sección 38-602 del Código Oficial del Distrito de Columbia. Pida a un profesional médico autorizado que complete las partes 2 a 4. Acceda a los programas de seguro de salud en <https://dchealthlink.com>. Puede comunicarse con el personal de la sala de salud a través de la oficina principal de la escuela de su hijo.

Parte 1: Información personal del niño | A ser completada por el padre/tutor.

Apellido del niño:		Nombre del niño:			Fecha de nacimiento:	
Nombre de la escuela o centro de cuidado infantil:				Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Ninguno de los dos anteriores		
Dirección residencial:		Apartamento:	Ciudad:	Estado:	CÓDIGO POSTAL:	
Etnia (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no responder						
Raza: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo / Americano de otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/africano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiere no responder						
Nombre del padre/tutor:				Teléfono del padre/tutor:		
Nombre de contacto en caso de emergencia:				Teléfono de contacto en caso de emergencia:		
Tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno		Nombre/N.º de identificación del seguro:				
¿Ha visto el niño a un dentista/proveedor de servicios odontológicos en el último año?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Autorizo al examinador médico/centro de salud que firma para compartir la información médica en este formulario con la escuela, el centro de cuidado infantil, el campamento de mi hijo o la agencia gubernamental del Distrito de Columbia correspondiente. Asimismo, por el presente, reconozco y acepto que el Distrito, la escuela, sus empleados y agentes tendrán inmunidad frente a toda responsabilidad civil por actos u omisiones de acuerdo con la Ley 17-107 del Distrito de Columbia, excepto por actos criminales, actos ilícitos intencionales, negligencia grave o mala conducta intencional. Entiendo que este formulario debe completarse y devolverse a la escuela de mi hijo todos los años.						
Firma del padre/tutor: _____				Fecha: _____		

Parte 2: Child's Health History, Exam and Recommendations | To be completed by licensed health care provider.

Date of Health Exam:	BP: <input type="checkbox"/> NML <input type="checkbox"/> ABNL	Weight: <input type="checkbox"/> LB <input type="checkbox"/> KG	Height: <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	BMI:	BMI Percentil:
Vision Screening Left eye: 20/____ Right eye: 20/____	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Wears Glasses <input type="checkbox"/> Referred <input type="checkbox"/> Not tested			
Hearing Screening: (check all that apply)	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Not tested	<input type="checkbox"/> Uses device	<input type="checkbox"/> Referred		
Does the child have any of the following health concerns? (Check all that apply and provide details below)					
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Failure to thrive	<input type="checkbox"/> Sickle Cell			
<input type="checkbox"/> Autism	<input type="checkbox"/> Heart failure	<input type="checkbox"/> Significant food/medication/environmental allergies that may require emergency medical care. Details Provided below			
<input type="checkbox"/> Behavioral	<input type="checkbox"/> Kidney failure	<input type="checkbox"/> Long-term medications, over-the-counter-drugs (OTC) or special care requirements Details Provided below			
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Language/Speech	<input type="checkbox"/> Significant health history, condition, communicable illness, or restrictions Details provided below.			
<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Obesity	<input type="checkbox"/> Other: _____			
<input type="checkbox"/> Developmental	<input type="checkbox"/> Scoliosis				
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Seizures				
Provided details. If the child has Rx/treatment, please attach a complete Medication/Medical Treatment form; and if the child was referred please note . _____					

TB Assessment | Positive TST should be referred to Primary Care Physician for evaluation. For questions call T.B. Control at 202-698-4040.

What is the child's risk level of TB?	Skin Test Date:	Quantiferon Test Date:
<input type="checkbox"/> High → complete skin test and/or Quantiferon test	Skin Test Results <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive, CXR Negative <input type="checkbox"/> Positive, CXR Positive	
<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Positive, Treated	
	Quantiferon Results <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Positive, Treated	

Additional notes on TB test:

Lead Exposure Risk Screening | All lead levels must be reported to the DC Childhood Lead Poisoning Prevention. Call 202-654-6002 or fax 202-535-2607.

ONLY FOR CHILDREN UNDER AGE 6 YEARS Every child must have 2 elad tests by age 2	1st Test Date:	1st Result: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Developmental Screening Date:	1st Serum/Finger Stick Lead Level:
	2nd Test Date:	2nd Result : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, DEvelopmental Screening Date:	2nd Serum/Finger Stick Lead Level

HGB/HCT Test Date:	HGB/HCT Result:
--------------------	-----------------

Part 3: Immunization Information | To be completed by licensed health care provider.

Child Last Name:	Child First Name:	Date of Birth:
-------------------------	--------------------------	-----------------------

Immunizations	In the boxes below, provide the dates of immunization (MM/DD/YY)						
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5		
DT (<7 yrs.)/ Td (>7 yrs.)	1	2	3	4	5		
Tdap Booster	1						
Haemophilus influenza Type b (Hib)	1	2	3	4			
Hepatitis B (HepB)	1	2	3	4			
Polio (IPV, OPV)	1	2	3	4			
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	1	2					
Measles	1	2					
Mumps	1	2					
Rubella	1	2					
Varicella	1	2	Child had Chicken Pox (month & year): Verified by: _____ (name & title)				
Pneumococcal Conjugate	1	2	3	4			
Hepatitis A (HepA) (Born on or after 01/01/2005)	1	2					
Meningococcal Vaccine	1	2					
Human Papillomavirus (HPV)	1	2	3				
Influenza (Recommended)	1	2	3	4	5	6	7
Rotavirus (Recommended)	1	2	3				
Other	1	2	3	4	5	6	7

The child is **behind on immunizations** and there is a plan in place to get him/her back on schedule. **Next appointment is:** _____

Medical Exemption (if applicable)

I certify that the above child has a valid medical contraindication(s) to being immunized at the time against:

Diphtheria Tetanus Pertussis Hib HepB Polio Measles
 Mumps Rubella Varicella Pneumococcal HepA Meningococcal HPV

Is this medical contraindication permanent or temporary? Permanent Temporary until: _____ (date)

Alternative Proof of Immunity (if applicable)

I certify that the above child has laboratory evidence of immunity to the following and I've attached a copy of the titer results.

Diphtheria Tetanus Pertussis Hib HepB Polio Measles
 Mumps Rubella Varicella Pneumococcal HepA Meningococcal HPV

Part 4: Licensed Health Practitioner's Certifications | To be completed by licensed health care provider.

This child has been appropriately examined and health history reviewed and recorded in accordance with the items specified on this form. At the time of the exam, this child is in **satisfactory health** to participate in all school, camp, or child care activities except as noted on page one. No Yes

This child is cleared for **competitive sports**. N/A No Yes Yes, pending additional clearance from: _____

I hereby certify that I examined this child and the information recorded here was determined as a result of the examination.

Licensed Health Care Provider Office Stamp	Provider Name:
	Provider Phone:
	Provider Signature: _____ Date: _____

OFFICE USE ONLY | Universal Health Certificate received by School Official and Health Suite Personnel.

School Official Name:	Signature:	Date:
Health Suite Personnel Name:	Signature:	Date: