

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD E HIGIENE MENTAL DE MARYLAND

NOMBRE DEL NIÑO _____ / _____ / _____
APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE

SEXO: MASCULINO FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____

CONDADO _____ ESCUELA _____ GRADO _____

PADRE/MADRE NOMBRE _____ N.º DE TELÉFONO _____

TUTOR DOMICILIO _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

REGISTRO DE VACUNAS (Ver notas en el reverso)

TIPO DE VACUNA							TIPO DE VACUNA				
DOSIS #	DTP-DTaP MES/DÍA/AÑO	DTP-Td MES/DÍA/AÑO	Polio MES/DÍA/AÑO	Hib MES/DÍA/AÑO	Hep B MES/DÍA/AÑO	PCV7 MES/DÍA/AÑO	DOSIS #	MMR MES/DÍA/AÑO	SARAMPIÓN MES/DÍA/AÑO	RUBÉOLA MES/DÍA/AÑO	PAPERAS MES/DÍA/AÑO
1							1				
2							2				
3							DOSIS #	Varicela MES/DÍA/AÑO	OTRAS MES/DÍA/AÑO	OTRAS MES/DÍA/AÑO	OTRAS MES/DÍA/AÑO
4						1					
5							2				

A mi leal saber y entender, las vacunas mencionadas anteriormente se administraron según se indicó.

Sello oficial

1. _____
Firma
Título
Fecha
- (Proveedor de atención médica, funcionario del Departamento de Salud local, funcionario escolar o proveedor de cuidados infantiles)
2. _____
Firma
Título
Fecha
3. _____
Firma
Título
Fecha



Los renglones 2 y 3 deben usarse para la certificación de las vacunas administradas después de la firma inicial.

REGISTROS PERDIDOS O DESTRUIDOS (Deben ser revisados y aprobados por un proveedor de atención médica o por el Departamento de Salud local. Ver notas).

Por la presente certifico que los registros de vacunación de este niño se han perdido, fueron destruidos o no pueden obtenerse.

Firma: _____ Fecha: _____
Padre/madre o tutor

COMPLETE LA SECCIÓN CORRESPONDIENTE SI EL NIÑO ESTÁ EXENTO DE RECIBIR LAS VACUNAS POR RAZONES MÉDICAS O RELIGIOSAS. CUALQUIER VACUNA RECIBIDA DEBERÁ REGISTRARSE MÁS ARRIBA.

CONTRAINDICACIÓN MÉDICA:

El niño arriba mencionado tiene contraindicaciones médicas válidas para recibir la vacunación en este momento.

Esta es una situación permanente situación transitoria hasta el _____ / _____ / _____

Marque la casilla correspondiente, indique las vacunas y los motivos: _____

Firma: _____ Fecha: _____
 Proveedor de atención médica/Funcionario del Departamento de Salud local

OBJECCIÓN POR MOTIVOS RELIGIOSOS:

Soy el padre/la madre o tutor del niño identificado más arriba. Debido a mis creencias y prácticas religiosas de buena fe, me opongo a que se le administren vacunas a mi hijo. Esta exención no corresponderá durante una situación de emergencia o una epidemia.

Firma: _____ Fecha: _____

CÓMO USAR ESTE FORMULARIO

El proveedor médico que administró las vacunas puede registrar las fechas directamente en este formulario (no se aceptan marcas de verificación) y las puede certificar firmando la sección de la firma. Las vacunas combinadas deberán mencionarse en forma individual, por cada componente de la vacuna. Otro proveedor de atención médica, funcionario del Departamento de Salud local, funcionario escolar o proveedor de cuidados infantiles puede transcribir en este formulario y certificar las fechas de las vacunas obtenidas de cualquier otro registro que tenga la autenticación de un proveedor médico, un Departamento de Salud, una escuela o un servicio de cuidados infantiles. **Sólo un proveedor de atención médica, un funcionario del Departamento de Salud local, un funcionario escolar o un proveedor de cuidados infantiles pueden firmar la sección “Registro de vacunas” de este formulario. Este formulario no puede en ningún modo alterarse, cambiarse o modificarse.**

Notas:

1. Cuando los registros de vacunas se hayan perdido o destruido, las fechas de vacunación pueden reconstruirse para todas las vacunas, excepto la de la **varicela, el sarampión, las paperas o la rubéola.**
2. Las fechas reconstruidas de todas las vacunas deben ser revisadas y aprobadas por un proveedor de atención médica o un Departamento de Salud local antes de los 20 días calendario contados a partir de la fecha en que el alumno fue temporalmente admitido o retenido.
3. Los resultados de los análisis de sangre NO constituyen una evidencia aceptable de inmunidad contra la difteria, el tétanos o la tos ferina (DTP/DTaP/Tdap/DT/Td).
4. La verificación de inmunidad mediante análisis de sangre es aceptable en vez de las fechas de vacunación contra la poliomielitis, el sarampión, las paperas, la rubéola, la hepatitis B o la varicela, pero **la revacunación sería lo más apropiado.**
5. Los antecedentes de la enfermedad NO son aceptables en reemplazo de ninguna de las vacunas requeridas, con excepción de la varicela.

REQUISITOS DE VACUNACIÓN

El siguiente extracto del Código de Regulaciones de (*Code of Maryland Regulations*, COMAR) del Departamento de Salud e Higiene Mental (DHMH) de Maryland, 10.06.04.03, se aplica a las escuelas.

“El director escolar u otra persona a cargo de una escuela pública o privada no puede, a sabiendas, admitir a un alumno o retener a un alumno en: 1) un programa preescolar a menos que el alumno haya presentado las pruebas de vacunación correspondiente a la edad contra la *Haemophilus influenzae* tipo b; 2) un programa preescolar o de kínder a segundo grado de la escuela a menos que el alumno haya presentado las pruebas de la vacunación correspondiente a la edad contra la tos ferina, y 3) un programa preescolar a 12° grado a menos que el alumno haya presentado las pruebas de la vacunación correspondiente a la edad contra el tétanos, la difteria, la poliomielitis, el sarampión, las paperas, la rubéola, la hepatitis B y la varicella.”

Refiérase a los “Requisitos mínimos de vacunación para niños inscritos en programas de preescolar y en escuelas” para determinar cuáles son las vacunas correspondientes a la edad para los inscritos desde preescolar hasta 12.º grado. Encontrará los requisitos mínimos de vacunación y COMAR 10.06.04.03 del DHMH en www.EDCP.org (Vacunación). El requisito de las vacunas contra la hepatitis B y la varicela es una regulación “progresiva” según la cual un nuevo grado sucesivo es cubierto por la regulación cada nuevo año escolar.

Los requisitos de vacunación correspondiente a la edad para centros de cuidado de niños con licencia y hogares familiares de cuidado de día se basan en el “Esquema de vacunación infantil recomendado por el DHMH (Departamento de Salud e Higiene Mental) de Maryland”. Consulte las reglamentaciones COMAR 07.04.02.44 y COMAR 07.04.01.29 del Departamento de Recursos Humanos respecto de los centros de cuidado de niños y los hogares familiares de cuidado de día. Encontrará las reglamentaciones COMAR del DHR (Departamento de Recursos Humanos) y el “Esquema de vacunación infantil recomendado por el DHMH (Departamento de Salud e Higiene Mental) de Maryland” en www.EDCP.org (Vacunación).