DEPARTAMENT OF HEALTH SERVICES
Division de of Public Health
F-44192S (Rev. 12/2020)

STATE OF WISCONSIN
Wis. Stat. § 252.04.

REGISTRO DE INMUNIZACIONES PARA GUARDERÍA INFANTIL

CHILD CARE IMMUNIZATION RECORD

COMPLETE Y DEVUELVA A LA GUARDERÍA INFANTIL. La ley estatal requiere que todos los niños que van a guarderías infantiles presenten evidencia de sus inmunizaciones contra algunas enfermedades dentro de 30 días (6 semanas de calendario) escolares de ser admitidos a la guardería infantil. Estos requisitos pueden ser prescindidos sólo si se presenta a la guardería una declaración de renuncia por motivos de salud, religiosos o creencias personales. Vea "Exención" más abajo. Si tiene alguna pregunta sobre las vacunas o cómo llenar este formulario comuníquese con la guardería de su hijo o con el departamento de salud local.

DATOS PERSONALES **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE**

PASO 1

Apellido, nombre, inicial del niño	Fecha de nacimiento (mes, día, año)	Código de área/ Número de teléfono
Apellido, nombre, inicial del padre o madre/ tutor/ persona con custodia legal	Dirección (calle, número de apartamento ciudad, estado, código postal)	

HISTORIAL DE VACUNAS

PASO 2

Anote el MES, DÍA Y AÑO en que su hijo recibió cada una de las siguientes vacunas. NO USE EL SIGNO (√) o (X), excepto para indicar si el niño tuvo varicela. Si usted no tiene un registro de vacunas de este niño, comuníquese con el médico o con el departamento de salud pública para obtener el registro.

TIPO DE VACUNA	Primera dosis Mes/Día/Año	Segunda dosis Mes/Día/Año	Tercera dosis Mes/Día/Año	Cuarta dosis Mes/Día/Año	Quinta dosis Mes/Día/Año
Difteria, Tétano, tos ferina (especifique DTP, DTaP, o DT)					
Polio					
Hib (Influencia hemofilus Tipo B)					
Vacuna Antineumocócica Conjugada (PCV)					
Hepatitis B					
Sarampión- Paperas- Rubéola (MMR)					
Varicela (viruela loca). Esta vacuna se necesita sólo si el niño ha tenido la enfermedad de la varicela					

¿Ha tenido el niño la enfermedad de la varicela? Marque la casilla adecuada y anote el año si lo sabe.

☐ Sí, año _____ (no necesita la vacuna) ☐ No, no tengo seguridad (necesita la vacuna)

PASO 3 **REQUISITOS**

Las siguientes son las vacunas mínimas requeridas de su hijo según su edad o grado en la escuela. Todos los niños dentro de esta categoría deben cumplir con estos requisitos. Los niños que cumplen año o cambian de nivel mientras asisten a la guardería deben poner al día su registro con las fechas de las dosis adicionales requeridas.

EDAD	NÚMERO DE DOSIS												
5 meses a 15 meses	2	DTP/DTaP/DT	2	Polio	2	Hib	2	PCV	2	Hep B			
16 meses a 23 meses	3	DTP/DTaP/DT	2	Polio	3	Hib[1]	3	PCV[2]	2	Hep B	1	MMR[3]	
2 años a 4 años	4	DTP/DTaP/DT	3	Polio	3	Hib[1]	3	PCV[2]	3	Hep B	1	MMR[3]	1 Varicela
Al entrar a Kindergarten	4	DTP/DTaP/DT[4]	4	Polio					3	Hep B	2	MMR[3]	2 Varicela

[1]Si el niño comenzó la serie de vacunas Hib a los 12-14 meses de edad, sólo se requieren dos dosis. Si el niño recibió una dosis de Hib a los 15 meses de edad o después, no se requieren dosis adicionales. Se debe recibir un mínimo de una dosis después de los 12 meses de edad (Nota: una dosis cuatro días o menos antes del primer cumpleaños también es aceptable).

[2]Si el niño comenzó la serie de vacunas PCV a los 12-23 meses de edad, sólo se requieren dos dosis. Si el niño recibió la primera dosis de PCV a los 24 meses de edad o después, no se requieren dosis adicionales.

[3]La vacuna triple viral (MMR) debe haberse recibido en el primer cumpleaños o después (Nota: una dosis cuatro días o menos antes del primer cumpleaños también es aceptable).

[4]Los niños que entran al kinder deben haber recibido una dosis después del cuarto cumpleaños (ya sea la tercera, cuarta o quinta) para estar en cumplimiento (Nota: una dosis cuatro días o menos antes del cuarto cumpleaños también es aceptable).

FECHAS DE CUMPLIMIENTO Y EXENCIONES

PASO 4

SI SU HIJO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS (firme en el PASO 5 y entregue este formulario a la guardería infantil)
O

SI SU HIJO **NO CUMPLE** CON TODOS LOS REQUISITOS, (marque la casilla adecuada, firme y entregue este formulario a la guardería infantil).

☐ Aunque mi hijo no ha recibido todas las dosis de las vacunas requeridas para su edad, ha recibido por lo menos la primera dosis de cada vacuna. Entiendo que es mi responsabilidad obtener el resto de las dosis de las vacunas requeridas para mi hijo DENTRO DE UN AÑO y que debo notificar por escrito a la guardería infantil a medida que recibe cada dosis.

NOTA: Si no cumple con el programa o no informa las vacunas a la guardería infantil, puede resultar en una acción judicial contra los padres y una multa de $25 por día de infracción.

☐ Por razones de salud este niño no recibirá las siguientes vacunas _____ (anote en el PASO 2 las vacunas que ya haya recibido)

_____
Firma del médico

☐ Por razones religiosas este niño no recibirá las vacunas. (Anote en el PASO 2 las vacunas que ya haya recibido)

☐ Por razones personales este niño no recibirá las vacunas. (Anote en el PASO 2 las vacunas que ya haya recibido)

FIRMA

PASO 5

Este formulario se ha completado en forma precisa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

_____ _____
Firma del padre o madre, tutor, o persona con custodia legal Fecha de la firma