



Atención Padres/Tutores:

\_\_\_\_\_ ¡La Oficina de Salud de la Escuela Intermedia, 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 escolares de Nuevo México indican que todos los estudiantes que ingresen al 7° grado tienen que tener una vacuna **DTaP**, contra tétanos, difteria, tos ferina (pertussis), y antimeningocócica, que evita la meningitis, una infección grave del cerebro y la médula espinal. Otra vacuna aconsejable para los niños en esta edad es la vacuna contra **VPH**, que evita ciertos tipos de cáncer en niñas y niños. Las tres vacunas serán ofrecidas en la Escuela Intermedia \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ (fecha).

Si desea que su niño/a sea vacunado/a, por favor responda las preguntas a continuación, seleccione las vacunas que le gustaría que su niño/a reciba, complete el formulario de consentimiento adjunto, **y devuelva la carta y 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. A usted no se le cobrará, sin importar si su niño/a tiene o no seguro médico. ¡No tiene necesidad de faltar al trabajo - nosotros nos encargaremos del resto!

Un cordial saludo,

Enfermera de la Escuela

\_\_\_\_\_ Escuela Intermedia

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

- |  | <b>SÍ</b>                | <b>NO</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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 alguna 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"/> |

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

- | <b>SÍ</b>                | <b>NO</b>   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> VPH (recomendada; son necesarias 2 dosis- la 2ª dosis, 6 meses después de la 1ª dosis) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Antimeningocócica (requerida para entrar al 7° grado)                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> DTaP (requerida para entrar al 7° grado)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otra vacuna (si se ofrece): _____  |

Firma del padre/madre/tutor(a) legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir el nombre del padre/madre/tutor(a) legal: \_\_\_\_\_