COMPROBANTE DE IMMUNIZACIÓN ESCOLAR DE CALIFORNIA

Este registro es parte del historial permanente del estudiante (carpeta cumulativa) según se define en la Sección 49068 del Código de Educación y será transferido con dicho historial. Los departamentos de salud locales tendrán acceso a este registro en las escuelas, instalaciones de guardería y hogares de guardería familiar.

Este registro debe ser completado por el personal de la escuela y guardería en base a un registro de inmunización provisto por el padre, la madre o el tutor. Las instrucciones se encuentran en el reverso de este documento.

Nombre del estudiante _____ **Sexo:** M ☐ F ☐ **Fecha de nacimiento** _____ **Lugar de nacimiento** _____

Nombre del padre, de la madre o del tutor _____ **Raza/Grupo étnico:**
- ☐ **Blanco, no hispano**
- ☐ **Hispano**
- ☐ **Negro**
- ☐ **Otro:** _____

Dirección _____

Teléfono _____
Por el día Por la noche

Ciudad _____ **Código Postal** _____

VACUNA	FECHA EN QUE SE ADMINISTRO CADA DOSIS					
	1ra.	2da.	3ra.	4ta.	5ta.	Refuerzo
POLIO (OPV o IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
DTP/DTaP/DT/Td (Difteria, tétano y pertusis [acelular] O tétano y difteria solamente)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (sarampión, paperas y rubéola)	/ /	/ /				
HIB (Haemapbilus influenza tipo B) **(Requerida para guarderías solamente)**	/ /	/ /	/ /	/ /		
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /			
VARICELA	/ /	/ /				
HEPATITIS A (No requerida)	/ /	/ /				

I. DOCUMENTACION

Certifico que revisé el comprobante de las inmunizaciones de este niño/a y que lo transcribí con precisión:

Fecha ____/____/____

Firma del Personal _____

El comprobante presentado fue:
- ☐ Comprobante Amarillo de Inmunizaciones de California
- ☐ El historial de una escuela fuera del estado
- ☐ Otro comprobante de inmunización

Especifique: _____

II. ESTADO DE LOS REQUISITOS

☐ A. Todos los requisitos quedan cumplidos.
Fecha ____/____/____

☐ B. Actualmente al dia, pero dosis adicionales serán necesarias más adelante. Necesita seguimiento.

Se hizo una excepción por:
- ☐ C. Razones médicas—permanentes
- ☐ D. Razones médicas—temporales
- ☐ E. Creencias personales

III. REGISTRO DE 7º GRADO

☐ A. Todos los requisitios están cumplidos.

_____ Nombre _____ Fecha

☐ B. Actualmente al dia, pero dosis adicionales serán necesarias más adelante. Necesita seguimiento.

_____ Nombre _____ Fecha

PRUEBAS CUTANEAS DE TUBERCULOSIS	Tipo*	Fecha en que administró	Fecha en que fue leída	mm indur	Impresión
	☐ PPD-Mantoux ☐ Otro	/ /	/ /		☐ Pos ☐ Neg
	☐ PPD-Mantoux ☐ Otro	/ /	/ /		☐ Pos ☐ Neg

*Si se requiere para el ingreso a la escuela, debe ser Mantoux a menos que el departamento de salud local haga una excepción.

RADIOGRAFIA DE PECHO
(Necesaria si la prueba cutánea es positiva)

Fecha de la Radiografía ____/____/____

Impresión: ☐ **normal** ☐ **anormal**

La persona está libre de tuberculosis contagiosa: ☐ **sí** ☐ **no**

For Reference Only

This is a Spanish translation of the California School Immunization Recor d (CSIR or PM 286), here included for reference. CSIRs are *not* available as shown here in Spanish. However, on the regular version, the parent signature blocks include both Spanish and English text.

INSTRUCCIONES PARA EL PERSONAL ESCOLAR Y DE GUARDERIA

1. Llene la sección de información del nombre del niño/a y la dirección o pídale al padre/madre o tutor que llene esta sección solamente. (Este formulario no debe ser enviado a casa ni dado a los padres para que lo llenen.)
2. El personal escolar o de guardería luego llena la fecha (día/mes/año) de cada inmunización que el estudiante recibió en base al Registro de Inmunización presentado por el padre/madre o tutor. (Si la fecha consta solamente del mes y el año para algunas dosis, llene el xx/mes/año; sin embargo, si recibió una inmunización contra el sarampión, la rubéola o las paperas (o MMR) en el mes del primer cumpleaños, se requiere el día/mes/año.)
3. Determine si se han cumplido los requisitos de inmunización utilizando la "Guía de Inmunizaciones Requerida para el Ingreso a la Escuela" de California, o la "Guía de Inmunizaciones Requeridas para las Guarderías", (se puede obtener de parte de los Coordinadores de Inmunización en los departamentos de salud locales) u otra guía de requisitos.
4. Llene el casillero de Documentación y del Estado de los Requisitos.
   - A. Llene la fecha y ponga su firma como miembro del personal que revisó y transcribió el registro de inmunización presentado por el padre/madre o tutor. Indique qué tipo de registro fue presentado.
   - B. Si el niño/a ha cumplido con todos los requisitos de inmunización, marque el casillero A y anote la fecha.
   - C. Si el niño/a no ha cumplido con todos los requisitos, marque el casillero B. El niño/a puede ser admitido sólo si está actualizado, es decir en la actualidad no le falta ninguna vacuna. Al niño/a le deben hacer seguimiento según lo indica la "Guía de Requisitos de Inmunización".
   - D. Si un/a niño/a ha de ser eximido por razones médicas, se requiere una declaración por escrito del médico; la declaración debe incluir qué inmunización(es) ha(n) de ser exceptuada(s) y la naturaleza específica y duración probable de la condición médica. Si la exención médica es permanente, el requisito de la(s) inmunización(es) designada(s) queda cumplido: marque el casillero A y el casillero C*. Si la exención médica es temporaria, marque el casillero B y el casillero D; a este/a niño/a le deben hacer seguimiento.*
   - E. Si un/a niño/a ha de ser eximido(a) por razones de creencias personales, el padre/madre o el tutor debe firmar y fechar la declaración jurada que figura a continuación. Ningún otro padre debe firmar esta declaración jurada. Todos los requisitos quedan cumplidos; marque el casillero A y el casillero E.*

LA DECLARACION JURADA DE CREENCIAS PERSONALES DEBE SER FIRMADA POR EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR—INMUNIZACION

Solicito por la presente que se exima al niño, mencionado en el reverso de este documento, de los requisitos de inmunización para el ingreso a la escuela/guardería debido a que todas o algunas de las inmunizaciones van en contra de mis creencias. Comprendo que en el caso de un brote de cualquiera de estas enfermedades, el niño podría ser temporalmente excluido de la escuela/guardería para su protección.

Firma _____ Fecha _____

Aplicable solamente en aquellas jurisdicciones donde se requiere la Evaluación de la Tuberculosis para ingresar a la escuela

La declaración jurada de creencias personales debe ser firmada por el padre o la madre o el tutor—Tuberculosis

Solicito por la presente que se exima al niño, mencionado en el reverso de este documento, del requisito de evaluación de tuberculosis para ingresar a la escuela/guardería debido a que este procedimiento va en contra de mis creencias. Comprendo que si hubiera causa para pensar que mi hijo está infectado con tuberculosis activa o si hubiera un brote de tuberculosis, mi hijo podría ser excluido temporaralmente de la escuela.

Firma _____ Fecha _____

* Los nombres de todos los niños eximidos deben ser mantenidos en una lista de exención para efectuar una identificación inmediata en caso de un brote de enfermedad en la comunidad.