



Colorado Department
of Public Health
and Environment

AVISO de Exclusion

HACE FALTA EL CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Se niega la asistencia a la escuela o guardería infantil

Al padre o tutor de: _____

El menor cuyo nombre aparece arriba no tiene un Certificado de vacunación en su expediente y no puede asistir a estas instalaciones escolares hasta que recibamos su registro de vacunación (de conformidad con las leyes de Colorado).

Le hacen falta las siguientes vacunas:

- | | |
|---|--|
| _____ DTaP (Difteria / Tétanos / Tos ferina) | _____ Hib (Influenza <i>Haemophilus</i> Type B) |
| _____ Tdap (Tétanos / Difteria / Tos ferina) | _____ PCV13 (Neumococo conjugado) |
| _____ Td (Tétanos / Difteria) | _____ Hepatitis B |
| _____ Polio | _____ Varicela * |
| _____ MMR (Sarampión / Paperas / Rubéola) | |

* Todos los casos de varicela deberán estar debidamente documentados por personal médico.

Por favor, tome nota: Si la vacunación está en contra de sus **creencias religiosas**, deberá firmar una exención por motivos religiosos. Si no es posible vacunar a su hijo(a) por razones médicas, un médico deberá firmar la exención por **razones médicas**. Si por sus **creencias personales usted se opone a la vacunación**, deberá firmar una exención por razones personales. Los formularios de las exenciones se encuentran al reverso del Certificado de vacunación del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado

Firma: _____ **Fecha:** _____

Instalaciones: _____ **Teléfono:** _____

Si este recuadro está marcado es porque se necesita más de una dosis de la vacuna arriba indicada; el personal médico que atiende al menor deberá llevar a cabo el plan que aparece a continuación, usted deberá firmarlo y enviárnoslo por correo para que lo recibamos dentro del plazo que arriba se señala. A medida que le vayan poniendo las vacunas al niño o niña, vaya presentándonos el registro correspondiente. Este plan estará vigente hasta que el Certificado de vacunación oficial esté completo.

VACUNA	PERSONAL MÉDICO		FECHA LÍMITE PARA RECIBIRLO			
	Si necesita una referencia para un médico o clínica, llame al 1-800-688-7777.		El programa debe respetar los intervalos entre vacunas que los médicos recomiendan de acuerdo con ACIP, AAP, o las recomendaciones del fabricante de la vacuna que aparecen en el prospecto de la misma.			
DTaP	Nombre	Número telefónico	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Tdap	Nombre	Número telefónico	Fecha			
Td	Nombre	Número telefónico	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Polio	Nombre	Número telefónico	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
MMR	Nombre	Número telefónico	Fecha		Fecha	
Hib	Nombre	Número telefónico	Fecha		Fecha	
PCV13	Nombre	Número telefónico	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Hepatitis B	Nombre	Número telefónico	Fecha		Fecha	
Varicela	Nombre	Número telefónico	Fecha		Fecha	

Estoy de acuerdo en llevar a cabo el plan arriba citado para obtener las vacunas requeridas, presentar los registros y completar el Certificado de vacunación.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Padre o tutor del menor o del menor emancipado cuyo nombre aparece arriba