

**CERTIFICADO DE INMUNIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD E HIGIENE MENTAL DE MARYLAND**

NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_  
 APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_  
 SEXO: HOMBRE  MUJER  FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 CONDADO \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_ GRADO ESCOLAR \_\_\_\_\_  
 PADRE NOMBRE \_\_\_\_\_ NÚM. TELEFÓNICO \_\_\_\_\_  
 O TUTOR DOMICILIO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE VACUNACIÓN (Ver notas al dorso)**

# de dosis:	Tipo de vacuna											Historial de la varicela		
	Tétanos, difteria y tos ferina regular y para niños Mes/Día/Año	Polio Mes/Día/Año	Hib (haemophilus influenzae tipo b) Mes/Día/Año	Hepatitis B Mes/Día/Año	PCV (neumocócica conjugada) Mes/Día/Año	Rotavirus Mes/Día/Año	MCV (meningococo) Mes/Día/Año	HPV (virus del papiloma humano) Mes/Día/Año	Dosis: #	Hepatitis A Mes/Día/Año	MMR (sarampión, paperas y rubéola) Mes/Día/Año		Varicela Mes/Día/Año	
1									1					Mes/Año
2								2						
3								Td (tétanos y difteria para adultos) Mes/Día/Año Tdap (tétanos, difteria y tos ferina para adultos) Gripe Mes/Día/Año Otro Mes/Día/Año						
4														
5														

A mi leal saber y entender, las vacunas antes mencionadas se administraron según lo indicado.

Nombre de la clínica u oficina \_\_\_\_\_  
 Dirección de la oficina/Número telefónico \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 (sólo proveedores médicos, servidores locales del departamento de salud, funcionarios de la escuela o proveedores de cuidado infantil)

2. \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Las líneas 2 y 3 son para certificar las vacunas administradas después de la firma inicial.

**COMPLETE LA SECCIÓN ADECUADA A CONTINUACIÓN SI ESTÁ EXENTO DE VACUNACIÓN POR RAZONES MÉDICAS O RELIGIOSAS. DEBE INCLUIRSE TODA VACUNA ADMINISTRADA.**

**CONTRAINDICACIÓN MÉDICA:**

**Favor de marcar la casilla adecuada que describa la contraindicación médica.**

Es una:      condición permanente                condición temporal hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Fecha

Por el momento, el niño antes mencionado tiene una contraindicación médica con respecto a vacunación. Favor de indicar la vacuna y la razón de la contraindicación, \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Proveedor médico/servidor local del departamento de salud

**OBJECIÓN RELIGIOSA:**

Soy el padre o tutor del niño antes mencionado. Debido a mis genuinas creencias y prácticas religiosas, me opongo a que se le administren vacunas a mi hijo. Está exención no es válida en caso de urgencias o enfermedades epidémicas.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Cómo usar este formulario

El proveedor médico que administró las vacunas puede registrar las fechas (usando mes/día/año) en este formulario (no se aceptan marcas de verificación) y certificar las vacunas al firmar la sección de firmas. Los componentes de las combinaciones de vacunas deben aparecer en la lista individualmente. Un proveedor médico, servidor local del departamento de salud, funcionario escolar o proveedor de cuidados infantiles distinto puede transcribir en este formulario y certificar las fechas de vacunación de cualquier otro registro que tenga la autenticación de un proveedor médico, escuela, departamento de salud o servicio de cuidados infantiles.

**Sólo un proveedor médico, servidor local del departamento de salud, funcionario escolar o proveedor de cuidados infantiles puede firmar la sección de "Registro de vacunación" de este formulario. Este formulario no puede ser alterado, cambiado o modificado de ninguna manera.**

### **Notas:**

1. En caso de que se extravíen los registros de vacunación, las fechas de vacunación de todas las vacunas se podrán revalidar excepto las de la **varicela, sarampión, paperas y rubéola**.
2. Las fechas revalidadas de todas las vacunas deben ser revisadas y aprobadas por un proveedor médico o departamento local de salud a más tardar 20 días calendario después de que el estudiante sea admitido o retenido temporalmente.
3. Los resultados de la prueba de sangre NO se aceptan como comprobantes de inmunidad contra la difteria, el tétanos o tos ferina (DTP/DTaP/Tdap/DT/Td).
4. La verificación de inmunidad del análisis de sangre se puede aceptar en lugar de las fechas de vacunación contra el polio, sarampión, paperas, rubéola, hepatitis B o varicela, pero **vacunarse de nueva cuenta podría ser más eficaz**.
5. NO se acepta el historial de enfermedades en lugar de ninguna de las vacunas requeridas, con la excepción de la vacuna contra la varicela.

## Requisitos de vacunación

El pasaje siguiente del Código de Regulaciones de Maryland [COMAR, por sus siglas en inglés] del Departamento de Salud e Higiene Mental 10.06.04.03 se aplica a las escuelas:

"El director escolar o de preescolar, o cualquier otra persona que esté a cargo de preescolar o una escuela pública o privada puede admitir o retener sin previo conocimiento a un estudiante en un:

- (1) programa de preescolar al menos que el padre del estudiante o tutor compruebe el nivel de inmunidad correspondiente a la edad del estudiante contra la haemophilus influenzae tipo b y la neumocócica conjugada;
- (2) programa de preescolar o kínder hasta el grado dos al menos que el padre o tutor del estudiante compruebe el nivel de inmunidad correspondiente a la edad del estudiante contra la tos ferina; y
- (3) programa de preescolar o kínder hasta el grado doce al menos que el padre o tutor del estudiante compruebe el nivel de inmunidad correspondiente a la edad del estudiante contra: (a) Tétanos; (b) Difteria; (c) Poliomieltis; (d) Sarampión (rubéola); (e) Paperas; (f) Rubéola; (g) Hepatitis B; (h) Varicela; (i) Meningitis; y (j) Tétanos-difteria-acelular tos ferina adquirida por medio de la vacuna contra el Tétanos-difteria-acelular tos ferina (Tdap)."

Para determinar el nivel de inmunidad correspondiente a la edad de estudiantes de preescolar hasta el grado 12, favor de ver los "**Requisitos mínimos de vacunación para niños matriculados en programas de preescolar o**

**en escuelas**". Los requisitos mínimos de vacunación y los COMAR del DHMH 10.06.04.03 están disponibles en [www.dhmh.maryland.gov](http://www.dhmh.maryland.gov). (Elija la Inmunización en el índice de la A a la Z)

Los requisitos de vacunación correspondientes a la edad de los estudiantes de centros de guardería o cuidados familiares autorizados se basan en el COMAR 13A.15.03.02 y el COMAR 13A.16.03.04 G & H del Departamento de Recursos Humanos y la tabla de directrices de los **“Requisitos de vacunación correspondientes a la edad de los estudiantes matriculados en programas de cuidado infantil”** están disponibles en [www.dhmh.maryland.gov](http://www.dhmh.maryland.gov). (Elija la Inmunización en el índice de la A a la Z)