

SIN VACUNAS, SIN ESCUELA (NO SHOTS, NO SCHOOL)

Vacunas sin barreras (Barrier-Free Immunizations – Spanish)

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento
Nombre de la clínica	Fax	Teléfono
Dirección	Ciudad	

La ley de Minnesota y Wisconsin exige vacunas, o pruebas escritas de exención, para que los niños asistan a la escuela primaria o secundaria. Los padres/las madres y tutores pueden encontrar más información aquí:

Minnesota: ¿están listos sus hijos? <https://www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/readykidswhento.pdf>

Wisconsin: <https://www.dhs.wisconsin.gov/immunization/reqs.htm>

Verifique las vacunas requeridas con el médico o con la clínica habitual de su hijo. Si su hijo no tiene una clínica habitual o no puede obtener una cita, su hijo podrá recibir las vacunas en una clínica de No Shots, No School*. Esta clínica proporcionará vacunas sin cargo y no requerirá una visita al médico. Se le facturará el seguro si su hijo tiene seguro médico o está inscrito en un programa de asistencia médica (AM).

* <https://www.healthpartners.com/care/everyday/kids-health/no-shots-no-school/>

Padre/Madre

Los niños menores de 18 años deben estar acompañados por el padre/la madre o el tutor.

- ✓ Lleve este formulario al recepcionista de la clínica.
- ✓ Si tiene seguro, lleve su tarjeta del seguro a la clínica. Si su seguro no cubre las vacunas, informe al personal de la clínica.
- ✓ Traiga una copia del registro de inmunización de su hijo y este formulario a la escuela para demostrar que su hijo ha recibido las vacunas requeridas.
- ✓ **Si recibe una factura por las vacunas, comuníquese con la clínica. Pregunte por el servicio de atención al cliente e infórmeles que recibió una factura por las vacunas recibidas a través de No Shots No School (Sin vacunas, no hay escuelas).**

Para que complete la escuela

- La información de la clínica (nombre, dirección, número de teléfono) se indica en el cuadro que se encuentra en la parte superior de este formulario.
- El registro de inmunización del estudiante se anota en la tabla o se adjunta (incluir datos de MIIC)
- No se adjunta ningún registro de inmunización (sin datos en la MIIC)

Escuela	<table border="1"><thead><tr><th></th><th colspan="5">Anotar mes, día y año</th></tr><tr><th>Vacuna</th><th>1.ª dosis</th><th>2.ª dosis</th><th>3.ª dosis</th><th>4.ª dosis</th><th>5.ª dosis</th></tr></thead><tbody><tr><td>DTP/DTPaP</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Td (Tétanos y difteria)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Tdap (Tétanos, difteria y tos ferina acelular)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Poliomielitis</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Hepatitis B</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>MMR (sarampión, paperas y rubéola)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Antimeningocócica</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Varicela</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>↳ <input type="radio"/> O el año en el que el estudiante tuvo varicela:</p>		Anotar mes, día y año					Vacuna	1.ª dosis	2.ª dosis	3.ª dosis	4.ª dosis	5.ª dosis	DTP/DTPaP						Td (Tétanos y difteria)						Tdap (Tétanos, difteria y tos ferina acelular)						Poliomielitis						Hepatitis B						MMR (sarampión, paperas y rubéola)						Antimeningocócica						Varicela						Teléfono de la oficina de la escuela
		Anotar mes, día y año																																																												
Vacuna		1.ª dosis	2.ª dosis	3.ª dosis	4.ª dosis	5.ª dosis																																																								
DTP/DTPaP																																																														
Td (Tétanos y difteria)																																																														
Tdap (Tétanos, difteria y tos ferina acelular)																																																														
Poliomielitis																																																														
Hepatitis B																																																														
MMR (sarampión, paperas y rubéola)																																																														
Antimeningocócica																																																														
Varicela																																																														
Teléfono del consultorio de salud	Fax	Personal o personal de enfermería de la escuela																																																												

Para que complete la clínica

- Se adjunta una copia del registro de inmunización (incluidas las vacunas administradas) a este formulario y se indicó a los padres que entreguen estos formularios a su escuela.
- Copia de los registros de inmunización entregados a los padres.

Dosis adicionales necesarias: Vacuna _____ Fecha de vencimiento _____ Vacuna _____ Fecha de vencimiento _____
Vacuna _____ Fecha de vencimiento _____ Vacuna _____ Fecha de vencimiento _____

Devuelva este formulario al estudiante/padre/a la madre