

Nature Kids/Jovenes de la Naturaleza  
Formulario de Vacunacion



FORMULARIO DE VACUNACIÓN Y FORMULARIO DE EXENCIÓN DE VACUNACIÓN INSTRUCCIONES

En el expediente de cada hij@ participando en nuestros programas, Jovenes de la Naturaleza debe tener un formulario de inmunización actualizado o un formulario de Excepción de Inmunización firmada. Esto es requerido por la ley del estado de Colorado. El formulario o el formulario de Excepción se convertirá en una parte del registro permanente de su hij@, y pueden ser actualizado en cualquier momento. El formulario o el formulario de Excepción deberán presentarse por lo menos dos semanas antes de que comience el programa de su hij@.

- **Por favor, envíe una copia del formulario de inmunización vigente de su hijo, que contenga toda la información pertinente, y que esté firmado por un médico, enfermera, o autoridad de salud escolar.**
- **Si usted no tiene ya una copia en papel del formulario de Inmunización actual de su hijo , consulte a su médico para completar el Formulario de Inmunización adjunto.**
- **Si usted no vacuna a su hijo , por favor firmar y enviar el Formulario de Excepción de Inmunización.**

Por favor, envíe las Formas de Vacunación o formulario de Excepción de Inmunización. El formulario puede ser enviado por correo a Nature Kids/Jovenes de la Naturaleza, 1466 63<sup>rd</sup> Street, Boulder, CO, 80303. Recibirá un correo electrónico de confirmación una vez que su Formulario de Vacunación o formulario de Excepción de Inmunización haya sido agregada a tu cuenta CampInTouch. Si no recibimos su Formulario de Vacunación o formulario de Excepción de Inmunización dos semanas previas a la fecha en que su hij@ comienza su programa, le enviaremos un recordatorio urgente.

**Su hij@ no puede asistir al programas sin un Formulario de Vacunación firmado o formulario de Excepción de Inmunización de Inmunización en el archivo.**

Si tiene preguntas sobre la presentación de su Formulario de Vacunación o formulario de Excepción de Inmunización por favor llame a Carlos al 303-499-3647 x111.

Colorado law requires this form to be completed by a school health authority or health care provider for each immunized student attending Colorado schools.

6 CCR 1009-2 The Infant Immunization Program and Immunization of Students Attending School: Schools shall have on file an official immunization record for every student enrolled.

Name: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_

Parent/guardian: \_\_\_\_\_

**Required vaccines**      Each immunization date MM/DD/YY      Titer date

Hep B Hepatitis B							
DTaP Diphtheria, Tetanus, Pertussis (pediatric)							
DT Diphtheria, Tetanus (pediatric)							
Tdap Tetanus, Diphtheria, Pertussis							
Td Tetanus, Diphtheria							
Hib Haemophilus influenzae type b							
IPV/OPV Polio							
PCV Pneumococcal Conjugate							
MMR Measles, Mumps, Rubella							
Measles							
Mumps							
Rubella							
Varicella Chickenpox							

Varicella date of disease	
Varicella positive screen date	

**Recommended vaccines**      Each immunization date MM/DD/YY

HPV Human Papillomavirus						
Rota Rotavirus						
MCV4/MPSV4 Meningococcal						
Men B Meningococcal						
Hep A Hepatitis A						
Flu Influenza						
Other						

Optional review signature by the school health authority or health care provider  
 I have reviewed this immunization record

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**(Optional) TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN/ADULT STUDENT**

I authorize my/my student's school to share my/my student's immunization records with state/local public health and the Colorado Immunization Information System, the state's secure, confidential immunization registry.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



# Vacunación

Formulario de exención no médica (por creencias religiosas o personales).

Las vacunas son uno de los logros más grandes del siglo pasado en materia de salud pública y se estima que salvan la vida de unos tres millones de niños cada año. El Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado apoya firmemente la vacunación como una de las herramientas más sencillas y efectivas para la prevención de enfermedades que pueden provocar trastornos graves e incluso la muerte. Para casi todos los niños, los beneficios de prevenir enfermedades con una vacuna superan ampliamente los riesgos. Rehusarse a seguir el consejo de un proveedor de atención médica o funcionario de salud pública que haya recomendado vacunarse, puede poner en riesgo la salud de un niño o niña no vacunados o la de terceros que entren en contacto con él o ella. Algunas enfermedades prevenibles mediante la vacunación son comunes en otros países y los niños sin vacunarse podrían contraer una de esas enfermedades al viajar o de un viajero.

El Código de Colorado (CRS 25-4-902) requiere que todos los estudiantes que asistan a cualquier escuela del estado de Colorado estén vacunados contra determinadas enfermedades prevenibles mediante la vacunación, según lo establecido por la norma del Consejo de Salud de Colorado 6 CCR 1009-2, salvo que se presente una exención oficial. La ley se aplica a los estudiantes que asisten a guarderías autorizadas por el Departamento de Servicios Sociales de Colorado, kindergarten, escuelas primarias y secundarias hasta el 12.º grado que sean públicos, privados o religiosos, así como instituciones de educación superior o universidades. Antes de kindergarten, se debe presentar un formulario de exención no médica cada vez que corresponda que el alumno sea vacunado según el plan elaborado por el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación.<sup>1, 2</sup> Desde kindergarten hasta 12.º grado, debe presentarse un formulario de exención no médica oficial cada año durante el proceso de inscripción o registro escolar del estudiante.<sup>1</sup> **Se podrá mantener a los estudiantes con una exención alejados de la guardería o escuela durante un brote de enfermedad.**

Complete todos los campos obligatorios a continuación; no se aceptarán formularios sin completar. *Todos los campos son obligatorios, a menos que estén marcados como opcionales.*

Tipo de exención no médica presentada:

Creencia personal       Creencia religiosa

## Datos del estudiante:

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre (opcional):
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento:	
N.º de vivienda:	Nombre de la calle:	Tipo de calle (por ej.: Ave.)
Unidad:	Casilla postal:	
Ciudad:	Estado: CO	Código postal:
Correo electrónico:	Condado:	
Número de teléfono:	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular	

## Nombre del padre o tutor que completa este formulario:

Marcar si se trata de un estudiante emancipado o mayor de 18 años

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre (opcional):
Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor		
N.º de vivienda:	Nombre de la calle:	Tipo de calle (por ej.: Ave.)
Unidad:	Casilla postal:	
Ciudad:	Estado: CO	Código postal:
Correo electrónico:	Condado:	
Número de teléfono:	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular	

## Datos de la escuela o guardería autorizada:

Nombre de la escuela o guardería autorizada:		
Distrito escolar:		<input type="checkbox"/> Marcar si no corresponde
Dirección:		
Ciudad:	Estado: CO	Código postal:
Número de teléfono:	Grado del estudiante:	

<sup>1</sup> Norma del Consejo de Salud de Colorado 6 CCR 1009-2: <http://www.sos.state.co.us/CCR/GenerateRulePdf.do?ruleVersionId=6437&fileName=6%20CCR%201009-2>.

<sup>2</sup> Plan de vacunación 2016 recomendado desde el nacimiento hasta los 6 años: [www.cdc.gov/vaccines/parents/downloads/parent-ver-sch-0-6yrs.pdf](http://www.cdc.gov/vaccines/parents/downloads/parent-ver-sch-0-6yrs.pdf). Con base en este plan, debería presentarse un formulario de exención no médica a los 2, 4, 6, 12 y 18 meses de edad.

## Información sobre enfermedades que se pueden prevenir con la vacunación

La siguiente información se proporciona para garantizar que los padres, tutores o estudiantes estén informados sobre los riesgos de no vacunarse.

**Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP, Tdap):** los niños no vacunados pueden tener mayor riesgo de contraer difteria, tétanos o tos ferina si son expuestos a esas enfermedades. Los síntomas y efectos graves de la difteria incluyen insuficiencia cardíaca, parálisis, problemas respiratorios, coma y la muerte. Los síntomas y efectos graves del tétanos incluyen bloqueo de la mandíbula, dificultad para tragar y respirar, convulsiones, contracción dolorosa de los músculos de la cabeza y el cuello, y la muerte. Los síntomas y efectos graves de la tos ferina (tos convulsa) incluyen ataques graves de tos que pueden causar vómitos y agotamiento, neumonía, convulsiones, daño cerebral y la muerte. Para más información: <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/dtap.pdf> y <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/tdap.pdf>

**Haemophilus influenza tipo b:** los niños no vacunados pueden tener mayor riesgo de contraer Hib invasivo si son expuestos a esta enfermedad. Los síntomas y efectos graves incluyen meningitis bacteriana, neumonía, inflamación grave de la garganta, daños neurológicos permanentes, incluso ceguera, sordera y retraso mental, infecciones en la sangre, articulaciones, huesos y pericardio, y la muerte. Para más información: <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/hib.pdf>

**Hepatitis B:** los niños no vacunados pueden tener mayor riesgo de contraer hepatitis B si son expuestos a esta enfermedad. Los síntomas y efectos graves incluyen ictericia, problemas hepáticos de por vida, como daño, cicatrices y cáncer de hígado, y la muerte. Para más información: <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/hep-b.pdf>

**Virus de la poliomielitis inactivado (IPV):** los niños no vacunados pueden tener mayor riesgo de contraer poliomielitis si son expuestos a esta enfermedad. Los síntomas y efectos graves incluyen parálisis de los músculos que controlan la respiración, meningitis, discapacidad permanente y la muerte. Para más información: <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/ipv.pdf>

**Sarampión, paperas, rubeola (MMR):** los niños sin vacunar pueden tener mayor riesgo de contraer sarampión, paperas o rubéola si son expuestos a estas enfermedades. Los síntomas y efectos graves del sarampión incluyen neumonía, convulsiones, daño cerebral y la muerte. Los síntomas y efectos graves de las paperas incluyen meningitis, inflamación dolorosa de los testículos u ovarios, esterilidad, sordera y la muerte. Los síntomas y efectos graves de la rubéola incluyen sarpullido, artritis y dolor muscular o articular. Si una mujer embarazada contrae rubéola, podría tener un aborto o su bebé podría nacer con graves defectos congénitos, como sordera, problemas cardíacos y retraso mental. Para más información: <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/mmr.pdf>

**Vacuna neumocócica conjugada (PCV13) o polisacáridos (PPSV23):** los niños no vacunados pueden tener mayor riesgo de contraer la enfermedad neumocócica si son expuestos a esta enfermedad. Los síntomas y efectos graves incluyen neumonía, infecciones pulmonares, infecciones sanguíneas, meningitis y la muerte. Para más información: <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/pcv13.pdf> y <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/ppv.pdf>

**Varicela:** los niños no vacunados pueden tener mayor riesgo de contraer varicela si son expuestos a esta enfermedad. Los síntomas y efectos graves incluyen infecciones de la piel graves, neumonía, daño cerebral y la muerte. Para más información: <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/varicella.pdf>

Vacunas obligatorias para entrar a la escuela (Coloque una "X" junto a cada vacuna a las que se opone)

	Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP)		Virus de la poliomielitis inactivado (IPV)
	Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap)		Sarampión, paperas, rubeola (MMR)
	Haemophilus influenza tipo b (Hib)		Vacuna neumocócica conjugada (PCV13) o de polisacáridos (PPSV23)
	Hepatitis B		Varicela

Soy el padre, la madre o el tutor del estudiante mencionado anteriormente o soy el propio estudiante (emancipado o mayor de 18 años) y me opongo a las vacunas indicadas anteriormente por mis creencias religiosas o personales. La información que proporcioné en este formulario está completa y es exacta.

- Podré cambiar de opinión en cualquier momento y aceptar vacuna(s) para mi hijo/para mí en el futuro.
- Puedo consultar información sobre vacunas basada en evidencias en [www.colorado.gov/cdphe/immunization-education](http://www.colorado.gov/cdphe/immunization-education) o en [www.immunizeforGood.com](http://www.immunizeforGood.com) para obtener información adicional sobre los beneficios y riesgos de las vacunas y las enfermedades que estas previenen.
- Puedo ponerme en contacto con el Sistema de Información sobre Vacunación de Colorado (CIIS) en [www.ColoradollS.com](http://www.ColoradollS.com) o con mi proveedor de atención médica para localizar el registro de vacunas de mi hijo/mío.<sup>3</sup>

**Reconozco que he leído este documento en su totalidad.**

Firma del padre/madre/tutor/estudiante (emancipado o mayor de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Opcional) Autorizo a mi escuela o la escuela de mi hijo a que comparta mi registro de vacunación o el de mi hijo con los organismos de salud pública locales o estatales y con el Sistema de Información sobre Vacunación de Colorado, el registro de vacunación confidencial y seguro a nivel estatal.

Firma del padre/madre/tutor/estudiante (emancipado o mayor de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> En virtud de las leyes de Colorado, tiene la opción de excluir la información de su hijo/suya del CIIS. Para no estar incluido en el CIIS, vaya a [www.colorado.gov/cdphe/ciis-opt-out-procedures](http://www.colorado.gov/cdphe/ciis-opt-out-procedures). Tenga en cuenta que será responsable de mantener los registros de vacunación de su hijo o suyos para asegurar el cumplimiento de la escuela con las normas.