

Historia de Inmunizaciones

Requerido para todos los niños en las guarderías, incluido a los niños(as) del proveedor. Un Certificado de Vacunas de Kansas (KCI) puede ser sustituido por esta forma y agregado a la información médica.

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primer Nombre Apellido mes/día/año

Sección I. Para ver el calendario de vacunación recomendado, consulte el calendario actual publicado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).

Vacuna	Registre el mes día y año que recibió cada dosis de vacuna					
	1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th	6 th
Diphtheria, Tétano, Pertussis (DTaP)						
Poliomielitis (IPV/OPV)						
Sarampión, Paperas, y Rubéola (MMR)						
Hepatitis B (HepB)						
Varicela (VAR)			Historia de la Enfermedad: Firma del Medico		Fecha de la Enfermedad:	
Haemophilus Influenzae Tipo B (Hib)						
Neumocócica Conjugada (PCV)						
Hepatitis A (HepA)						
Rotavirus **Recommended <8 mo of age; not required						
Influenza(Flu) ** Recommended annually >6 mo of age; not required						

Sección II.

Complete esta sección sólo si su niño(a) está exento de la ley que requieren vacunas [K.S.A. 65-508(d)].

Las siguientes dos opciones siguientes son las **únicas** exenciones permitidas por la ley. **Por favor, revise cualquiera (A) o (B) a continuación y complete si es necesario.**

(A) Certificación del médico con licencia que indica que la inmunización podría poner en peligro la vida del niño:

Eximir de las siguientes vacunas:

DTaP/DT Tdap/TD Pertussis Solamente Polio MMR Hep A Hep B Hib
PCV Varicela Otra

Firma del Medico (requerida): _____ **Fecha:** _____

(B) Mi niño(a) está exento bajo la ley de las vacunas. A medida que el padre o tutor legal, declaro que soy un seguidor de una secta religiosa cuyas enseñanzas se opone a la inmunización.

Sección III.

Firma del Padre de Familia/Guardián Legal: _____ **Fecha:** _____

