

Hoja de datos para padres

Requisitos de Tdap para alumnos en escuela media y secundaria

FACT SHEET FOR PARENTS: TDAP REQUIREMENTS FOR MIDDLE AND HIGH SCHOOL STUDENTS



La ley de Inmunización de Alumnos de Wisconsin exige que todos los alumnos que ingresan a 6° grado reciban una dosis de la vacuna Tdap. Para cumplir con la ley escolar, los padres deben entregar en la escuela de sus hijos prueba de la inmunización o presentar una exención (*waiver*).

1. ¿Qué es Tdap?

Tdap es una vacuna que protege contra el tétano, la difteria y la tosferina (pertussis).

2. ¿Qué grados se ven afectados y qué vacuna se requiere?

Todos los alumnos que ingresen a la escuela entre 6° y 12° grado deben contar con una dosis de Tdap.

3. ¿Qué deben hacer los padres?

Hacer que su hijo o hija reciba la vacuna Tdap si no la ha recibido todavía. Registrar la fecha de la inmunización en la casilla adecuada en el Registro de Inmunización del Alumno que se adjunta, firmar el formulario y entregarlo en la escuela de su hijo. Asegurarse de agregar la fecha de la vacunación contra Tdap al registro de inmunización permanente que usted tiene para su hijo. En el futuro, su hijo podría necesitar entregar estas fechas a otras escuelas, universidades o empleadores. Para indicar una exención por motivos de salud, religión o creencias personales, siga las instrucciones indicadas en el Registro de Indemnización del Alumno y entregue el formulario firmado en la escuela de su hijo.

4. ¿Hay excepciones a los requerimientos de la vacuna Tdap?

Sí. Si su hijo o hija ha recibido una vacuna que contiene tétano (como Td) en los cinco años antes de ingresar al grado en el que se requiere, su hijo cumple con los requerimientos y no hace falta que reciba una vacuna Tdap. Marque la casilla que dice "Td" en el Registro de Inmunización del Alumno, ingrese la fecha en la que se recibió y entregue el formulario firmado a la escuela.

5. Una vez que mi hijo cumpla el requerimiento de Tdap, ¿necesitará recibir otra dosis en otro grado?

No. La Tdap es un requisito que se debe cumplir una sola vez. Una vez que un niño cumple el requisito de la vacuna para el grado al que aplica el requisito, no se requiere ninguna dosis adicional. En otras palabras, un alumno que reciba Tdap antes de comenzar 6° grado no necesita ninguna otra dosis. Si un niño recibió una dosis de la vacuna Td dentro de los 5 años antes de ingresar a 6° grado, ese niño ha cumplido con el requisito de Tdap (aunque no haya recibido en realidad la vacuna Tdap) y no tendrá la obligación de recibir la vacuna Tdap ahora ni en un grado más adelante.

- 6. Si mi hijo ya tuvo tosferina (pertussis), ¿debería de todos modos recibir la vacuna Tdap?**
Tener el antecedente de tosferina no es una excepción para el requerimiento de la vacuna Tdap. Los niños que han tenido tosferina deberían recibir Tdap de todos modos, porque se desconoce cuánto dura la protección proporcionada por la enfermedad y porque el diagnóstico puede ser difícil de confirmar en algunos casos.
- 7. ¿Dónde puedo obtener la vacuna Tdap para mi hijo?**
La vacuna Tdap está disponible de parte del proveedor médico de su hijo, en los departamentos locales de salud y en algunas farmacias. Haga que su hijo se inmunice antes de que comience la escuela para evitar el apuro a fines del verano en los consultorios médicos y clínicas de inmunización.
- 8. ¿Por qué se exige la Tdap?**
La tosferina (pertussis) es una enfermedad grave. Se contagia con facilidad de una persona a otra y puede causar brotes en las escuelas. Wisconsin ha presentado dos brotes de tosferina en todo el estado en los últimos 10 años. La gente que se enferma de tosferina debe permanecer en su casa, no ir a la escuela ni al trabajo, por lo menos durante cinco días. Estudios han demostrado que la protección que brindan las vacunas DTP/DTPa que se reciben en la infancia comienza a bajar de 5 a 10 años después de la vacunación; la vacuna Tdap reforzará esta inmunidad y ayudará a proteger a su adolescente de la tosferina.
- 9. ¿Hay alguna otra vacuna que se recomiende para mi adolescente?**
Sí. Hay otras tres vacunas que se suelen recomendar para los adolescentes. La vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) protege contra un virus que es una causa común de cáncer. La vacuna conjugada contra el meningococo protege contra la enfermedad meningocócica (meningitis) y se recomienda una vacuna anual contra la influenza para cualquier persona de 6 meses de edad o más.
- 10. ¿Dónde puedo encontrar más información?**
- El Centro para el Control de Enfermedades (CDC, Center for Disease Control): <http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/pertussis/default.htm>
 - Programa de Inmunizaciones de Wisconsin (Wisconsin Immunization Program): <https://www.dhs.wisconsin.gov/immunization/pertussis.htm>
 - El proveedor médico de su hijo o el departamento de salud de su localidad



WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
DIVISION OF PUBLIC HEALTH
BUREAU OF COMMUNICABLE DISEASES
IMMUNIZATION PROGRAM
P-00039S (Rev. 07/2015)

**REGISTRO DE VACUNAS DEL ESTUDIANTE
 STUDENT IMMUNIZATION RECORD**

INSTRUCCIONES A LOS PADRES: COMPLETE Y DEVUELVA A LA ESCUELA 30 DÍAS DESPUÉS DE LA ADMISIÓN. La ley estatal requiere que todos los estudiantes de escuelas públicas y privadas presenten evidencia escrita de las vacunas contra algunas enfermedades, dentro de 30 días de admisión a la escuela. Los requisitos específicos de edad / grado se piden en las escuelas y en el departamento de salud locales. Se puede renunciar a estos requisitos completando y firmando un formulario de renuncia en la escuela por motivos de salud, religión o personales. El propósito de este formulario es medir el cumplimiento de la ley y se usará sólo para ese propósito. Si quiere hacer alguna pregunta, comuníquese con la escuela de su hijo/a o con el departamento de salud local.

DATOS PERSONALES

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Paso 1	Nombre del estudiante	Fecha nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo	Escuela	Grado	Año escolar
	Nombre del padre/madre /Tutor / Custodio Legal	Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			Número de teléfono ()	

HISTORIAL DE VACUNAS

Paso 2 Anote el MES, DÍA Y AÑO en que su hijo(a) recibió las siguientes vacunas. NO MARQUE (✓) o (X) excepto para responder la pregunta sobre varicela, Tdap o Td. Si usted no tiene un registro de vacunas en su casa para este estudiante, comuníquese con el médico o departamento de salud para conseguir uno.

TIPO DE VACUNA*	1a. DOSIS Mes día año	2a. DOSIS Mes día año	3a. DOSIS Mes día año	4a. DOSIS Mes día año	5a. DOSIS Mes día año
DTaP/DTP/DT/Td/Tdap (Difteria, Tétano, Pertusis)					
Inyección secundaria para adolescentes (Marque la cajilla apropiada) <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td					
Polio					
Hepatitis B					
MMR (Sarampión, paperas, rubéola)					
Vacuna contra la Varicela (viruelas locas) Esta vacuna se necesita solamente si su hijo(a) no ha tenido la varicela. Vea más abajo:					
¿Ha tenido su hijo(a) la varicela? Marque la casilla correspondiente y anote el año si lo sabe. <input type="checkbox"/> Sí _____ año (no necesita la vacuna) <input type="checkbox"/> NO o no está segura(o) (necesita vacuna)					

REQUISITOS

Paso 3 Para determinar si este estudiante cumple con los requisitos, consulte el nivel de requisitos de acuerdo a la edad/grado del año escolar actual.

CUMPLIMIENTO

Paso 4 **EL ESTUDIANTE CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS**
 Firme en el Paso 5 y devuelva este formulario a la escuela
 O

EL ESTUDIANTE NO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS
 Marque el cuadro que corresponda, firme en el Paso 5 y devuelva el formulario a la escuela. **TENGA EN CUENTA QUE SI EL ESTUDIANTE NO TIENE TODAS SUS VACUNAS PUEDE SER EXCLUIDO DE LA ESCUELA SI APARECE UN BROTE DE ESTAS ENFERMEDADES.**

Aunque mi hijo(a) NO ha recibido todas las dosis de las vacunas, ha recibido LA PRIMERA DOSIS. Entiendo que la SEGUNDA DOSIS debe recibirla este año antes de cumplir 90 días de entrar a la escuela y la TERCERA Y CUARTA DOSIS si las requiere debe recibirlas antes de los 30 días de este año escolar. También entiendo que es mi responsabilidad notificar por escrito a la escuela cada vez que mi hijo(a) recibe una dosis de las vacunas requeridas.

NOTA: La falta a permanecer al día con las vacunas puede ocasionar la exclusión de la escuela, acción judicial y/o pena de caducidad.

EXENCIONES (WAIVERS) (Anote en el Paso 2 las vacunas que ya haya recibido)
 Por razones de salud este estudiante no debe recibir las siguientes vacunas: _____

 FIRMA del médico Fecha de la firma

Por razones religiosas este estudiante no debe ser vacunado.
 Por razones de creencias personales este estudiante no debe ser vacunado.

ÍNDIQUE VACUNA(S) EXENTA(S)

FIRMA

Paso 5 Este formulario está completo y exacto de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Marque uno: (Yo doy Yo no doy) mi consentimiento para que se compartan los registros de vacunas actuales de mi hijo/a en la medida en que se actualicen en un futuro con el Registro de Vacunas de Wisconsin (*Wisconsin Immunization Registry - WIR*). Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una notificación por escrito al distrito escolar. Después de la fecha de revocación, el distrito escolar no proporcionará nuevos registros ni actualizaciones a la WIR.

 FIRMA – Padre/Madre/ Tutor / Custodio Legal o Estudiante Adulto Fecha de la firma

**LEY DE VACUNACIÓN PARA ESTUDIANTES
 REQUISITOS SEGUN EDAD/GRADO
 AÑO ESCOLAR 2014 AND BEYOND**

Las siguientes son las vacunas mínimas que se requieren para cada nivel de edad/grado. Este no es un programa de vacunas recomendado para bebés y niños de edad preescolar. Para ese programa, consulte a su médico o al departamento de salud local.

Edad/Grado	Número de Dosis					
Pre Kinder (2 a 4 años)	4 DTP/DTaP/DT ²	3 Polio	3 Hep B	1 MMR ⁵	1 Var ⁶	
Grado K a 5	4 DTP/DTaP/DT/Td ^{1,2}	4 Polio ⁴	3 Hep B	2 MMR ⁵	2 Var ⁶	
Grado 6 a 12	4 DTP/DTaP/DT/Td ²	1 Tdap ³	4 Polio ⁴	3 Hep B	2 MMR ⁵	2 Var ⁶

1. DTP/DTaP/DT vacuna para los niños que ingresan a Kindergarten: Su hijo(a) debe haber recibido una dosis después de cumplir 4 años (ya sea en el 3er., 4to. o 5to. dosis) para ser aceptado. (Nota: es aceptable una dosis 4 días antes o al cumplir 4 años).
2. DTP/DTaP/DT/Td vacuna para todos los estudiantes desde preescolar hasta 12: Se requieren 4 dosis. Pero, si su hijo(a) recibió la 3ra. dosis después de cumplir 4 años, no necesita dosis adicionales. (Nota: Es aceptable una dosis 4 días antes o al cumplir 4 años).
3. Tdap es la vacuna antitetánica, antidiftérica y antitosferínica acelular, recomendada para los adolescents. Si su hijo(a) ha recibido una dosis de una vacuna antitetánica o antidiftérica como la vacuna Td en los últimos 5 años, no es necesaria la vacuna Tdap.
4. La vacuna antipoliomelítica para estudiantes que ingresan a los grados Kindergarten a 12: Se requieren 4 dosis. Pero, si su hijo(a) recibió la 3ra. dosis después de cumplir 4 años, no necesita dosis adicionales. (Nota: Es aceptable una dosis 4 días antes o al cumplir 4 años).
5. La primera dosis de la vacuna MMR debe recibirse al cumplir un año o después de un año de edad. (Nota: Es aceptable una dosis 4 días antes de cumplir un año).
6. Var se refiere a la vacuna contra la varicela (viruelas locas). También se acepta si ha tenido la varicela.