Nombre del niño: _____

ATENCIÓN CONDICIONAL EN CUIDADOS DE LOS NIÑOS DE IDAHO

Formulario para el programa de vacunación deseado

La IDAPA 16.02.11 requiere el Formulario para el programa de vacunación deseado a fin de documentar el programa de vacunación deseado de un niño que no ha recibido todas las vacunas requeridas de acuerdo a su edad límite para su admisión a cuidados de los niños. Para tener derecho a la atención condicional, un niño debe haber recibido al menos una dosis de cada vacuna requerida y a la fecha estar en el programa para vacunaciones subsiguientes según los intervalos en el reverso de esta página.

SECCIÓN 1: ***Esta sección la debe llenar un funcionario de cuidados de los niños. El formulario sólo es válido con las Secciones 1 y 2 llenas.***

A. NOMBRE DEL NIÑO: _____ ***FECHA DE NAC.:*** _____/_____/_____

Apellido Nombre Inicial Mes/Día/Año

B. VACUNAS NECESARIAS: **Encierre en un círculo las dosis de las vacunas VENCIDAS requeridas.**

Edad límite para recibir las dosis requeridas	VACUNAS REQUERIDAS PARA ASISTENCIA DE GUARDERÍA Las dosis deben cumplir con las edades mínimas y los intervalos *(El número de dosis requeridas de Hib y Neumococo depende del tipo de marca de la vacuna.)*										
	DTaP[1]	Polio[2]	MMR	Haemophilus influenza tipo b (Hib)[3]		Hepatitis B	Varicela	Hepatitis A	Neumococo[4]	Rotavirus[5]	
				Act- Hib	Pedvax Hib					Rotarix (RV1)	RotaTeq (RV5)
3 meses	1	1		1	1	1			1	1	1
5 meses	2	2		2	2	2			2	2	2
7 meses	3			3					3		3
16 meses			1	4	3		1	1	4		
19 meses	4	3				3					
2 años								2			
7 años (o al entrar escuela)	5	4	2				2				

1. DTaP: No se necesita la 5ª dosis si la 4ª dosis se administró a los o después de los 4 años.
2. Polio: No se necesita la 4ª dosis si la 3ª dosis se administró a los o después de los 4 años **y** al menos 6 meses después de la dosis anterior.
3. Hib: Generalmente no recomendado para niños mayor de 5 años de la edad.
4. Neumococo: Generalmente no recomendado para niños mayor de 5 años de la edad. Los niños de 14 a 59 meses que completaron una serie de 4 dosis u otra serie edad-apropiado de PCV7, también deben recibir una dosis suplementaria de PCV13.
5. Rotavirus: La vacunación no debe ser iniciada para niños con más de 15 semanas 0 días de la edad. La edad máxima para la dosis final es 8 meses 0 días.

C. PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN DE VACUNAS: **Las vacunas vencidas se deben aplicar lo antes posible según el programa al reverso de esta página. Ingrese la fecha de la(s) ÚLTIMA(S) dosis recibida(s) y la fecha límite de la(s) SIGUIENTE(S) dosis abajo de cada vacuna requerida VENCIDA.**

Marque los cuadros de las vacunas requeridas FALTANTES	Ingrese la fecha de la ÚLTIMA dosis recibida (mm/dd/aaaa)	Ingrese la fecha límite de la(s) SIGUIENTE(S) dosis(s) (mm/dd/aaaa)
☐ Difteria, Tétano, Pertussis o tos ferina (DTaP, DTP, DT, Td)		
☐ Polio		
☐ Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR)		
☐ Hepatitis B		
☐ *Haemophilus influenza* tipo b (Hib)		
☐ Varicela		
☐ Hepatitis A		
☐ Neumococo		
☐ Rotavirus		

Como _____(*puesto*) de _____(*nombre del centro*), certifico que el niño arriba mencionado tiene un registro de recibir al menos una dosis de cada vacuna requerida y, como tal, tiene el derecho legal de una asistencia condicional. Revisaré el estado de vacunación de este niño hasta que se cumpla con todos los requisitos. Este formulario de asistencia condicional vence el: _____/_____/_____(*dos semanas después de la última fecha límite arriba mencionada*).

_____ _____ _____/_____/_____

Nombre del operador del cuidados de los niños (LETRA DE MOLDE) Firma del operador del centro de cuidados de los niños Fecha

El centro de cuidados de los niños y el padre/tutor debe conservar una copia de este documento.

SECCIÓN 2*: Esta sección debe ser firmada por el padre/tutor.*

Como padre/tutor de _____, entiendo que mi hijo puede asistir al cuidado de los niños de manera condicional y acepto que se vacune a mi hijo según se requiera, cumpliendo las fechas límite arriba mencionadas. Asimismo, entiendo que es mi responsabilidad proporcionar al operador del centro de cuidados de los niños evidencia de las vacunas mencionadas y que el no hacerlo será causa de que se excluya a mi hijo de los cuidados de los niños. Acepto haber leído este documento en su totalidad y haberlo entendido totalmente.

_____ _____ _____/_____/_____

Nombre del padre/tutor (LETRA DE MOLDE) Firma del padre/tutor Fecha

_____ _____

Número telefónico particular Teléfono celular

PROGRAMA ABREVIADO DE VACUNACIÓN DE ACTUALIZACIÓN PARA QUIENES EMPEZARON DESPUÉS O SE ATRASARON

(para la versión completa, visite www.immunizeidaho.com)

Vacuna	Edad mínima para 1 dosis	Intervalo mínimo entre dosis			
		Dosis 1 a dosis 2	Dosis 2 a dosis 3	Dosis 3 a dosis 4	Dosis 4 a dosis 5
DTaP	**6 semanas**	**4 semanas**	**4 semanas**	**6 meses**	**6 meses**[1]
Polio	**6 semanas**	**4 semanas**	**4 semanas**	**6 meses**[2]	
MMR	**12 meses**	**4 semanas**			
Hepatitis B	**Nacimiento**	**4 semanas**	**8 semanas**[3]		
Rotavirus[4]	**6 semanas**	**4 semanas**	4 semanas		
Varicela	**12 meses**	**3 meses** si la persona es menor a 13 años **4 semanas** si la persona es mayor a 13 años			
Hepatitis A	**12 meses**	**6 meses**			
Hib	**6 semanas**	**4 semanas** si la primera dosis se aplicó a una edad menor a los 12 meses **8 semanas (como dosis final)** si la primera dosis se aplicó de los 12 a 14 meses **No se necesitan más dosis** si la primera dosis se aplicó a los o después de los 15 meses	**4 semanas** si la edad actual es menor a los 12 meses **8 semanas (como dosis)** si la edad actual es de 12 meses o mayor y la primera dosis se aplicó a una edad menor a 12 meses y la segunda dosis se aplicó a una edad menor a 15 meses **No se necesitan más dosis** si la primera dosis se aplicó a los o después de los 15 meses	**8 semanas (como dosis final)** Esta dosis sólo es necesaria para niños de 12 a 59 meses que recibieron 3 dosis antes de los 12 meses	
Neumococo[5]	**6 semanas**	**4 semanas** si la primera dosis se aplicó a una edad menor a los 12 meses **8 semanas (como dosis final para niños sanos)** si la primera dosis se aplicó a los 12 meses o mayor o a una edad actual de 24 a 59 meses **No se necesitan más dosis** para niños sanos si la primera dosis se aplicó a una edad de o mayor a los 24 meses	**4 semanas** si la edad actual es menor a 12 meses **8 semanas (como dosis final para niños sanos)** si la edad actual es de o mayor a los 12 meses **No se necesitan más dosis** para niños sanos si la primera dosis se aplicó a una edad de o mayor a los 24 meses	**8 semanas (como dosis final)** Esta dosis sólo es necesaria para niños de 12 a 59 meses que recibieron 3 dosis antes de los 12 meses o con alto riesgo que recibieron 3 dosis a cualquier edad	

1. DTaP: No se necesita la 5ª dosis si la 4ª dosis se administró a los o después de los 4 años.
2. Polio: No se necesita la 4ª dosis si la 3ª dosis se administró a los o después de los 4 años **y** al menos 6 meses después de la dosis anterior.
3. Hep B: La edad mínima para la 3ª dosis es de 24 semanas **y** al menos 16 semanas después de la primera dosis.
4. Rotavirus: La edad máxima para la primera dosis es de 14 semanas 6 días. La vacunación no se debe iniciar en lactantes de 15 semanas 0 días o mayores. La edad máxima para la dosis final de la serie es de 8 meses 0 días. Si se aplicaron las primeras dos dosis de Rotarix, no se indica una tercera dosis.
5. Neumococo: Los niños de 14 a 59 meses que completaron una serie de 4 dosis u otra serie edad-apropiado de PCV7, también deben recibir una dosis suplementaria de PCV13.