*<date>*

*Parents/Guardian Name:*

*Address:*

*City, State, Zip Code:*

**AVISO DE VACUNAS NECESARIAS**

Estimados Padres/Guardian:

De acuerdo a nuestras informaciones, su *<insert child’s name here*>, no cumple los requisitos mínimos de inmunización(s) para asistir a una escuela de Wyoming *<insert school, child caring facility)>* de acuerdo a la definición del Estatuto de Wyoming Anexo 21-4-309 y 14-4-116 y las normas administrativas del Programa de Inmunizaciónes de Wyoming.

**Las vacuna identificadas como faltantes ó invalidas han sido CIRCULADAS abajo.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACUNAS** |  | **DOSIS FALTANTE[[1]](#footnote-1)** | | | | | |  | | **DOSIS INVALIDA[[2]](#footnote-2)** | | | | |
| Hepatitis B (HepB) |  | #1 | #2 | #3 |  |  |  | | #1 | | #2 | #3 |  |  |
| Difteria, Tétano, y Tos Ferina Acelular (DTaP) |  | #1 | #2 | #3 | #4 | #5 |  | | #1 | | #2 | #3 | #4 | #5 |
| *Hemófilus Influenza tipo*  b (Hib) |  | #1 | #2 | #3 | #4 |  |  | | #1 | | #2 | #3 | #4 |  |
| Sarampión, Papera, Rubéola (MMR) |  | #1 | #2 |  |  |  |  | | #1 | | #2 |  |  |  |
| Vacuna Neumocócica (PCV-13) |  | #1 | #2 | #3 | #4 |  |  | | #1 | | #2 | #3 | #4 |  |
| Vacuna del Virus de Pólio (IPV) |  | #1 | #2 | #3 | #4 |  |  | | #1 | | #2 | #3 | #4 |  |
| Rotavirus (RV1 or RV5) |  | #1 | #2 | #3 |  |  |  | | #1 | | #2 | #3 |  |  |
| Tetano, Difteria & Tos Ferina Acelular (Tdap) |  | #1 |  |  |  |  |  | | #1 | |  |  |  |  |
| Varicela (VAR) |  | #1 | #2 |  |  |  |  | | #1 | | #2 |  |  |  |

Por favor tenga en cuenta que el Estatuto de Wyoming Anexo 21-4-309, afirma que “ningún administrador de la escuela permitirá que un estudiante asista a la escuela por más de treinta (30) días escolares, sin las pruebas documentadas de Inmunización”. Por favor contacte a su médico ó visite una Oficina de Enfermeras de Salud Pública, para que su hijo reciba la dosis necesaria.

Si usted tiene alguna pregunta ó necesita información adicional,contacte a <*contact name at School/Child Caring Facility/Preschool >* en la *< School/Child Caring Facility/Preschool contact information>.* ¡Gracias de antemano por su respuesta !

1. Los tipos de vacunas, el número de dosis y el tiempo entre las dosis, se basan en las recomendaciones de inmunización nacional, publicadas por el Comité Consultante sobre Prácticas de Inmunización (conocido por la síglas en Inglés ACIP). [↑](#footnote-ref-1)
2. Es extremadamente importante mantener la edad mínima y un intervalo mínimo entre de vacunas. Cuando se administran demasiado cerca una de la otra ó a una edad muy temprana, el cuerpo no tiene el tiempo suficiente para preparer una respuesta inmunológica y la eficacia de la vacuna no puede ser garantizada. Una dosis administrada demasiado temprano no se considera válida y debe repetirse [↑](#footnote-ref-2)