

**NOTIFICACIÓN: EVALUACIÓN DE SALUD Y VACUNACIÓN DE CAROLINA DEL NORTE 2019 – 20**  
**REQUISITOS PARA ASISTIR A LA ESCUELA** (15/1/2019)

**Examen físico/Evaluaciones de salud:** Los padres o tutores deben presentar un Formulario de transmisión de la evaluación de salud de Carolina del Norte (NC Health Assessment Transmittal Form) para cada hijo o niño a su cargo que se presente para su admisión en el Pre-K, el Kindergarten y otros grados al asistir a una escuela pública de Carolina del Norte por primera vez, salvo que haya una exención religiosa escrita en el legajo. La evaluación de salud no puede tener una antigüedad mayor a 12 meses al momento de ingresar al programa. (Estatuto General 130A-440; 10A NCAC09.3005)

**Vacunaciones:** Para la asistencia escolar, los padres o tutores deben asegurar que su hijo o el niño a su cargo haya recibido las vacunas requeridas según la edad en virtud de la ley, salvo que haya una exención médica o religiosa escrita en el legajo. (Estatuto General 130A-152-157)

*Después de que su hijo o el niño a su cargo reciba cualquier vacunación requerida y/o la evaluación de salud, traiga un registro actualizado a la escuela.*

<p align="center"><b>Requisitos de vacunación por grado 2019-20</b></p> <p>Esta tabla brinda información general sobre los requisitos de vacunación de la escuela. <b>Algunas vacunaciones requieren un periodo de tiempo exacto entre dosis o requisitos de edad que no se expresan aquí.</b> Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el consultorio de su médico o con el enfermero de la escuela adonde asistirá su hijo o el niño a su cargo. Consulte el Código Administrativo 10A NCAC 41A.0401 de Carolina del Norte para obtener más información.</p>	<p align="center"><b>Pre-K</b></p> <p>4 DTP/DTaP/DT          3 Polio          1 - 4 Hib (Nota: el número de dosis depende del tipo y la edad en que fue vacunado/a)          3 Hepatitis B          1 MMR (sarampión, paperas y rubéola)          1 Varicela          1 - 4 Neumococo (Nota: el número de dosis depende de la edad en que fue vacunado/a)</p>
<p align="center"><b>Grados K a 4°</b></p> <p>5 DTP/DTaP/DT          4 Polio (Nota: 4° dosis el o después del 4° cumpleaños a partir del 1/7/15)          1 - 4 Hib (Nota: el número de dosis depende del tipo y la edad en que fue vacunado/a; no se requiere después de los 5 años de edad).          3 Hepatitis B          2 MMR (sarampión, paperas y rubéola)          2 Varicela          1 - 4 Neumococo (Nota: el número de dosis depende de la edad en que se recibió la vacuna; no se requiere después de los 5 años de edad o si nació antes del 1/7/15)</p>	<p align="center"><b>Grados 5° a 6°</b></p> <p>5 DTP/DTaP/DT/Td/Tdap          4 Polio          3 Hepatitis B          2 MMR (sarampión, paperas y rubéola)          1 Varicela</p>
<p align="center"><b>Grados 7° a 11°</b></p> <p>5 DTP/DTaP/DT/Td/Tdap          4 Polio          3 Hepatitis B          2 MMR (sarampión, paperas y rubéola)          1 Varicela          1 Tdap          1 Meningococo</p>	<p align="center"><b>Grado 12°</b></p> <p>5 DTP/DTaP/DT/Td/Tdap          4 Polio          3 Hepatitis B          2 MMR (sarampión, paperas y rubéola)          1 Varicela (si nació el o después del 1/4/2001)          1 Tdap</p>

**Se me ha informado que el registro de vacunación de mi hijo o del niño a mi cargo y/o la evaluación de salud se vence el o antes del primer día de escuela. Comprendo que mi hijo o el niño a mi cargo será excluido de la escuela si no se recibe la documentación requerida dentro de un plazo de 30 días desde el inicio de las clases.**

Nombre del niño/estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_