

**AVISO: EVALUACIÓN DE SALUD E INMUNIZACIÓN EN CAROLINA DEL NORTE PARA EL AÑO 2021 - 2022
REQUISITOS PARA ASISTIR A LA ESCUELA**

Examen físico/evaluaciones de salud: Los padres/representante legal presentar un formulario completo de evaluación de salud y transmisión de Carolina del Norte para cada niño que se presente para ser admitido en prekínder, kindergarten y otros grados cuando asista por primera vez a una escuela pública de Carolina del Norte, a menos que exista una declaración de excepción por motivos religiosos por escrito que será parte del expediente escolar. La evaluación de salud no puede tener más de 12 meses de antigüedad al momento de entrar al programa. (Estatuto general 130A-440; 10A NCAC09.3005)

Inmunizaciones/vacunas: Para asistir a la escuela, los padres/representante legal deben asegurar que el menor haya recibido las inmunizaciones requeridas a la edad exigida por la ley, a menos que exista una exención médica o por motivos religiosos por escrito que será parte del expediente escolar. (Estatuto general 130A-152-157)

Después de que su hijo reciba cualquier inmunización y/o evaluación de salud exigida, lleve a la escuela un registro actualizado.

<p align="center">Inmunización 2021- 2022 Requisitos por grado</p> <p>Esta tabla proporciona información general acerca de los requisitos de inmunización de la escuela. Algunas inmunizaciones requieren una separación exacta entre las dosis o tienen requisitos de edad que no se señalan aquí. Si tiene preguntas, comuníquese al consultorio de su médico o con la enfermera de la escuela a la que asistirá su hijo. Vea los detalles en el Código Administrativo de NC 10A NCAC 41A.0401.</p>	<p align="center"><u>Prekínder</u></p> <p>4 DTP/DTaP/DT 3 Polio 1 - 4 Hib (Nota: El número de dosis depende del tipo de vacuna y de la edad al ser vacunado) 3 Hepatitis B 1 MMR 1 Varicela 1 - 4 Neumococo (Nota: El número de dosis depende de la edad al ser vacunado)</p>
<p align="center"><u>Grados K – 4</u></p> <p>5 DTP/DTaP/DT/Td 4 Polio (Nota: 4a. dosis a partir del 4o. cumpleaños al 7/1/15) 1 – 4 Hib (Nota: El número de dosis depende del tipo de vacuna y de la edad al ser vacunado; no se requiere después de los 5 años de edad) 3 Hepatitis B 2 MMR 2 Varicela 1 – 4 Neumococo (Nota: El número de dosis depende de la edad al ser vacunado; no se requiere después de los 5 años de edad o si nació antes del 7/1/15)</p>	<p align="center"><u>Grados 5– 6</u></p> <p>5 DTP/DTaP/DT/Td/Tdap 4 Polio 3 Hepatitis B 2 MMR 1 Varicela</p>
<p align="center"><u>Grados 7– 12</u></p> <p>5 DTP/DTaP/DT/Td/Tdap 4 Polio 3 Hepatitis B 2 MMR 1 Varicela (Si nació a partir del 4/1/2001) 1 Tdap 2 MCV (Nota: El número de dosis depende de la edad al ser vacunado)</p>	<p align="center"><u>Grado 12</u></p> <p>5 DTP/DTaP/DT/Td/Tdap 4 Polio 3 Hepatitis B 2 MMR 1 Varicela (Si nació a partir del 4/1/2001) 1 Tdap 2 MCV (Nota: El número de dosis depende de la edad al ser vacunado)</p>

Se me ha informado que el registro de inmunización y/o la evaluación de salud de mi hijo vence su primer día de clases o antes. Entiendo que pueden excluir a mi hijo de la escuela si no se recibe la documentación requerida a menos de 30 días de que inicien las clases.

Nombre del niño/estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma de la madre/padre/representante legal: _____ Fecha: _____

Instrucciones para la oficina: Entregar una copia a los padres/tutores. Adjunte el original a la tarjeta naranja y colóquelo en la carpeta del estudiante.