



DEPARTMENT OF  
PUBLIC HEALTH &  
HUMAN SERVICES

# Formulario de asistencia condicional

Formulario HES 103

Escuelas y cuidado de niños de Montana

## I. Esta sección debe ser completada por el encargado de la escuela o cuidado de niños.

Nombre del niño/alumno: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

*Certifico que el niño/alumno mencionado anteriormente ha recibido al menos una o más dosis de las vacunas obligatorias y es legalmente elegible para asistencia condicional en este momento. El niño/alumno permanecerá en el estado de asistencia condicional para cada una de las vacunas requeridas hasta que haya completado los requisitos de vacunación del cuidado de niños/escuela y siga cumpliendo con el programa que se detalla a continuación.*

Firma (encargado de la escuela o de cuidado de niños): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## II. Esta sección debe ser completada por un médico/encargado del departamento de salud.

Ingrese la información relacionada con las próximas dosis de vacuna debidas, por tipo de vacuna y fecha en los espacios a continuación.

### TIPOS DE VACUNAS NECESARIAS

### DOSIS DEBIDAS/FECHA DE EXCLUSIÓN

Ejemplo: MMR, Polio

20/12/12


*Certifico que he establecido un programa de vacunación para las vacunas obligatorias para el niño/alumno mencionado anteriormente y que el programa sigue los intervalos mínimos establecidos por ACIP (Comité asesor sobre prácticas de inmunización) para mantener a este niño al día de acuerdo con a los requisitos del cuidado de niños o de la escuela.*

Firma (médico/encargado del Departamento de Salud): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## III. Esta sección debe ser firmada por el padre/tutor.

*Entiendo que a mi hijo se le permite asistir al edificio de cuidado de niños o a la escuela de forma condicional y acepto vacunarlo, cumpliendo con los plazos anteriores. También entiendo que debido a la ley y la norma administrativa de Montana, a mi hijo no se le permitirá asistir a un edificio de cuidado de niños/escuela en Montana si no estoy de acuerdo con esta condición y no proporciono la documentación obligatoria dentro de los plazos requeridos.*

Firma (padre/tutor): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**A un niño/alumno se le puede permitir asistir condicionalmente a un edificio de un cuidado de niños o a una escuela si:**

- 1. Ha recibido una o más dosis de cada una de las vacunas obligatorias y**
- 2. Recibirá las dosis restantes en el programa establecido anteriormente por el médico o el departamento de salud de acuerdo con los requisitos del cuidado de niños o la escuela.**

**El calendario de vacunación para completar las vacunas obligatorias debe ser establecido por un médico o departamento de salud, documentando el tipo de vacunas y las fechas en que debe aplicarse la siguiente dosis. Esto debe documentarse en este formulario y en el carnet de vacunación. Es responsabilidad del padre/tutor garantizar que se cumpla cada fecha límite de vacunación y proporcionar pruebas documentadas en el edificio de cuidado de niños o escuela.**

**Si un niño que asiste condicionalmente a un edificio de cuidado de niños o a una escuela no completa las vacunas dentro del período indicado, será inmediatamente excluido del cuidado de niños o escuela.**

## INSTRUCCIONES

### **I. Cuidado de niños, preescolar, escuela K-12:**

1. La sección I debe ser completada por el encargado de la escuela o cuidado de niños.
2. Haga que un padre/tutor lea y firme la Sección III de este formulario.
3. Entregue este formulario al padre/tutor con instrucciones para que se establezca el calendario de vacunación para las dosis de vacunas faltantes y lo firme el médico/encargado del departamento de salud.
4. Cuando se completa este formulario, el padre/tutor debe devolverlo al cuidado de niños o escuela. Este formulario luego se guarda con el registro oficial de vacunación del niño/alumno. Se debe proporcionar al padre/tutor una copia de este formulario.
5. El registro oficial de vacunación debe actualizarse a medida que las dosis de vacunas se administran de acuerdo con el calendario de vacunación establecido.
6. Un niño/alumno que no completa las vacunas según lo programado:
  - a) Debe calificar y reclamar una exención, o
  - b) Será excluido inmediatamente por el director del cuidado de niños o el administrador/designado de la escuela.

### **II. Médico o Departamento de Salud:**

1. El médico/departamento de salud establecerá el calendario de vacunación para las dosis de vacunas faltantes e ingresará el calendario en la Sección II. El tipo de vacuna y la fecha de vencimiento de las dosis deben anotarse en este formulario y en el registro oficial de vacunación. El médico/departamento de salud seguirá el calendario de actualización recomendado por ACIP para que un niño esté al día con los requisitos de vacunación en un entorno de cuidado de niños o de la escuela. Después de que el médico/departamento de salud haya establecido y firmado el calendario de vacunación, el padre/tutor debe devolver este formulario al edificio de cuidado de niños/escuela.

### **III. Padre o tutor:**

1. Después de que el encargado de la escuela/cuidado de niños haya completado la Sección I de este formulario, lea y firme la Sección III.
2. Cuando el médico/departamento de salud haya completado y firmado la Sección II de este formulario, el padre/tutor deberá devolverlo al cuidado de niños/escuela.
3. Obtenga una copia de este formulario completo del cuidado de niños/escuela para tener una referencia inmediata y cumplir con el calendario de vacunación establecido.
4. Cada vez que el niño/alumno reciba las vacunas obligatorias, el padre/tutor debe traer el registro de vacunación firmado/sellado del médico/departamento de salud al edificio de cuidado de niños/escuela para que se actualice el registro.

**NOTA: Las preguntas sobre el uso de este formulario deben enviarse al departamento de salud local o al Programa de Inmunización de Montana (406-444-5580).**