

# SIN VACUNAS, SIN ESCUELA (NO SHOTS, NO SCHOOL)

## Vacunas sin barreras (Barrier-Free Immunizations – Spanish)

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento
Nombre de la clínica	Fax	Teléfono
Dirección	Ciudad	

La ley de Minnesota y Wisconsin exige vacunas, o pruebas escritas de exención, para que los niños asistan a la escuela primaria o secundaria. Los padres/las madres y tutores pueden encontrar más información aquí:

Minnesota: ¿están listos sus hijos? <https://www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/readykidswhento.pdf>

Wisconsin: <https://www.dhs.wisconsin.gov/immunization/reqs.htm>

Verifique las vacunas requeridas con el médico o con la clínica habitual de su hijo. Si su hijo no tiene una clínica habitual o no puede obtener una cita, su hijo podrá recibir las vacunas en una clínica de No Shots, No School\*. Esta clínica proporcionará vacunas sin cargo y no requerirá una visita al médico. Se le facturará el seguro si su hijo tiene seguro médico o está inscrito en un programa de asistencia médica (AM).

\* <https://www.healthpartners.com/care/everyday/kids-health/no-shots-no-school/>

### Padre/Madre

Los niños menores de 18 años deben estar acompañados por el padre/la madre o el tutor.

- ✓ Lleve este formulario al recepcionista de la clínica.
- ✓ Si tiene seguro, lleve su tarjeta del seguro a la clínica. Si su seguro no cubre las vacunas, informe al personal de la clínica.
- ✓ Traiga una copia del registro de inmunización de su hijo y este formulario a la escuela para demostrar que su hijo ha recibido las vacunas requeridas.
- ✓ **Si recibe una factura por las vacunas, comuníquese con la clínica. Pregunte por el servicio de atención al cliente e infórmeles que recibió una factura por las vacunas recibidas a través de No Shots No School (Sin vacunas, no hay escuelas).**

### Para que complete la escuela

- La información de la clínica (nombre, dirección, número de teléfono) se indica en el cuadro que se encuentra en la parte superior de este formulario.
- El registro de inmunización del estudiante se anota en la tabla o se adjunta (incluir datos de MIIC)
- No se adjunta ningún registro de inmunización (sin datos en la MIIC)

Escuela
Teléfono de la oficina de la escuela

Vacuna	Anotar mes, día y año				
	1.ª dosis	2.ª dosis	3.ª dosis	4.ª dosis	5.ª dosis
DTP/DTaP					
Td (Tétanos y difteria)					
Tdap (Tétanos, difteria y tos ferina acelular)					
Poliomielitis					
Hepatitis B					
MMR (sarampión, paperas y rubéola)					
Antimeningocócica					
Varicela					

O el año en el que el estudiante tuvo varicela:

Teléfono del consultorio de salud	Fax	Personal o personal de enfermería de la escuela
-----------------------------------	-----	---

### Para que complete la clínica

- Se adjunta una copia del registro de inmunización (incluidas las vacunas administradas) a este formulario y se indicó a los padres que entreguen estos formularios a su escuela.
- Copia de los registros de inmunización entregados a los padres.

Dosis adicionales necesarias: Vacuna \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ Vacuna \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_  
 Vacuna \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ Vacuna \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_

**Devuelva este formulario al estudiante/padre/a la madre**