



Plan de acción de vacunación

El Código de Virginia exige que todos los alumnos estén vacunados contra ciertas enfermedades antes de asistir a las Escuelas Públicas del Condado de Fairfax (FCPS).

Una revisión del expediente de su hijo/a muestra que le faltan vacunas o que están espaciadas incorrectamente.

Los alumnos que cumplan los criterios de una exención médica o religiosa para las vacunas requeridas pueden presentar cualquiera de lo siguiente a la escuela:

- Un certificado del médico que indique que existe una exención médica permanente o temporal.
- Un [Formulario de Exención Religiosa](#) notariado que se oponga a la administración de vacunas por entrar en conflicto con sus principios o prácticas religiosas.

De conformidad con el [Reglamento 2107](#) de FCPS, si su hijo no puede recibir las vacunas requeridas dentro de los 90 días de la matrícula condicional, se hará un plan de cumplimiento. Por favor, llene y entregue el plan de abajo a en la escuela de su hijo _____.

(Name of SIA/Registrar)

(School)

Comuníquese con _____ en _____ si tiene alguna pregunta o inquietud.
(Name of SIA/Registrar) (email/phone number)

Nombre del alumno (nombre, apellido):	Fecha de nacimiento del alumno:	N.º de ident. del alumno:	Escuela:
--	--	----------------------------------	-----------------

La presente tiene por objeto certificar que se vacunará a mi hijo/a de acuerdo con el plan que se indica a continuación. Debo entregar a la escuela de mi hijo/a un certificado de vacunas actualizado dentro de los tres días subsiguientes a haberse vacunado. Entiendo que si no se entrega el certificado de vacunas, se excluirá a mi hijo/a de la escuela.

Fechas de la cita: _____

Las fechas de las citas de vacunación fueron proporcionadas verbalmente por el padre/tutor legal el _____ y _____ lo anotó en el plan de acción.
(Date) (Staff Member/Title)

Vacunas que se administrarán en las citas arriba mencionadas:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Difteria, tos ferina, tétano (DTaP/Dt/Td) | <input type="checkbox"/> Varicela (<i>Chicken Pox</i>) |
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra el virus de la polio (IPV) | <input type="checkbox"/> Dosis de refuerzo de la vacuna contra la difteria, tos ferina, tétano (Tdap) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Meningocócica (MenACWY) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Sarampión, paperas, rubeola (MMR) |
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV)* | |

**Los padres o tutores legales, a su entera discreción, pueden optar por que su hijo/a no reciba la serie de vacunas contra el virus del papiloma humano (HPV). No se requiere presentar documentación de vacuna o exención.*

Nombre del proveedor de atención médica:	Teléfono del proveedor de atención médica:	
Nombre del padre/madre/tutor legal (en imprenta):	*Firma del padre/ madre/tutor legal:	*Fecha:

***Las fechas de las citas de vacunación pueden ser proporcionadas verbalmente por el padre/tutor y anotadas en el plan por parte del personal de FCPS.**

El asistente de información estudiantil (SIA)/asistente de servicios estudiantiles (SSA)/encargado de matrícula escolar guardará este formulario en la sección de salud del expediente acumulativo del alumno.