**Notificación de Exclusión por Inmunizaciones Inadecuadas**

(DATE)

Estimados Padres/Guardianes:

Una revisión reciente de los registros de vacunación muestra que su hijo, (NAME), actualmente no cumple con la Ley de Inmunización Escolar para Estudiantes del estado de Utah (53G-9-302). Por lo tanto, bajo el Código Estatutario de Utah 53G-9-308, su hijo no podrá seguir asistiendo a la escuela a partir de (mm/dd/yyyy). Lamentamos tener que haber tomado esta medida, pero la Ley Estatal exige que los niños y niñas tengan las vacunas adecuadas para poder asistir a una escuela o un programa para la primera infancia en el estado de Utah. Nuestra institución apoya esta política. Por favor obtenga las fechas completas para las vacunas indicadas y provéanos con un registro. Si su hijo/a no está vacunado por razones médicas, religiosas o personales, tiene que proveernos del formulario de exención correspondiente. Si su hijo/a tiene inmunidad contra la enfermedad para la cual se requiere la vacuna debido a que su hijo/a contrajo previamente dicha enfermedad, tiene que proveernos un documento de un proveedor de atención médica que así lo verifique. Su hijo/a no puede asistir a la escuela hasta que tengamos esta información.

LAS CAJETILLAS MARCADAS ABAJO INDICAN LAS DOSIS QUE SE REQUIEREN PARA EL REGISTRO DE SU NIÑO/A.

 \*D = Difteria

 \*T = Tétano

 \*P = Pertussis

**A.** Las fechas y dosis faltan o están incompletas.

**B.** Las dosis previas fueron hechas con muy poco tiempo de por medio.

**C.** Las dosis previas fueron hechas a una edad demasiado temprana.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vacuna** | **Dosis faltante** **(haga un círculo alrededor del número de la dosis faltante)** | **Razón****(vea códigos en columna derecha)** |
| DTaP/DT/Td \* | 1 2 3 4 5 |   |
| TDap (Refuerzo)\* | 1  |   |
| Polio | 1 2 3 4 |   |
| MMR (Sarampión, Paperas, Rubeola) | 1 2  |   |
| Hepatitis B | 1 2 3 |   |
| Haemophilus Influenzae Tipo b (Hib) | 1 2 3 4  |   |
| Varicela  | 1 2  |   |
| Hepatitis A | 1 2   |   |
| Pneumocócica (PCV) | 1 2 3 4 5 |   |
| Meningocócica | 1 |  |

Si tiene preguntas o requiere información adicional, sírvase llamar (TELEPHONE NUMBER).

Sinceramente,

Name

Title