

Tabla de Revisión Primaria de Vacunación

Úsele ÚNICAMENTE para la Evaluación de Escuelas y Centros Infantiles



**Al examinar los registros, evalúe el mes o año únicamente.
Lea siempre las opciones para cada dosis en orden descendente.**

SERIE INFANTIL DE DTAP: OBLIGATORIA PARA LOS CENTROS INFANTILES Y GRADOS K a 12

| VACUNA | EL REGISTRO INDICA: | ¿CUÁNDO RECIBIÓ LA DOSIS? | SITUACIÓN DE VACUNACIÓN: | ¿NECESITA LA VACUNA AHORA MISMO! |
|--|------------------------|---|--------------------------|----------------------------------|
| Vacunas que contienen difteria/tétanos/ferina DTP DTaP DT Td Tdap | 0 DOSIS | EL NIÑO TIENE MENOS DE 2 MESES DE EDAD | AL DÍA | NO |
| | | EL NIÑO TIENE 2 MESES DE EDAD O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 1 ^{ERA} DOSIS | HACE MENOS DE 2 MESES O EL NIÑO TIENE MENOS DE 4 MESES DE EDAD | AL DÍA | NO |
| | | HACE 2 MESES O MÁS Y EL NIÑO TIENE 4 MESES DE EDAD O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 2 ^{DA} DOSIS | RECIBIÓ LA 1 ^{ERA} DOSIS AL CUMPLIR 1 AÑO O POSTERIORMENTE Y LA 2 ^{DA} DOSIS HACE MENOS DE 12 MESES | AL DÍA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 1 ^{ERA} DOSIS AL CUMPLIR 1 AÑO O POSTERIORMENTE Y LA 2 ^{DA} DOSIS HACE 12 MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | | EL NIÑO TIENE 7 AÑOS DE EDAD O MÁS Y RECIBIÓ LA 2 ^{DA} DOSIS HACE MENOS DE 12 MESES | AL DÍA | NO |
| | | EL NIÑO TIENE 7 AÑOS DE EDAD O MÁS Y RECIBIÓ LA 2 ^{DA} DOSIS HACE 12 MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | | RECIBIÓ LA 2 ^{DA} DOSIS HACE MENOS DE 2 MESES Y EL NIÑO TIENE MENOS DE 6 MESES DE EDAD | AL DÍA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 2 ^{DA} DOSIS HACE 2 MESES O MÁS Y EL NIÑO TIENE 6 MESES DE EDAD O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 3 ^{ERA} DOSIS | RECIBIÓ LA 3 ^{ERA} DOSIS AL CUMPLIR 7 AÑOS DE EDAD O POSTERIORMENTE | COMPLETA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 3 ^{ERA} DOSIS HACE MENOS DE 12 MESES | AL DÍA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 1 ^{ERA} DOSIS AL CUMPLIR 1 AÑO O POSTERIORMENTE Y EL NIÑO TIENE MENOS DE 4 AÑOS DE EDAD | AL DÍA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 3 ^{ERA} DOSIS HACE 12 MESES O MÁS Y EL NIÑO TIENE 18 MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 4 ^{TA} DOSIS | RECIBIÓ LA 4 ^{TA} DOSIS AL CUMPLIR 4 AÑOS DE EDAD O POSTERIORMENTE | COMPLETA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 4 ^{TA} DOSIS ANTES DE CUMPLIR 4 AÑOS Y EL NIÑO TODAVÍA NO TIENE LA EDAD PARA ASISTIR A KINDERGARTEN | AL DÍA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 4 ^{TA} DOSIS ANTES DE CUMPLIR 4 AÑOS Y EL NIÑO ESTÁ EN KINDERGARTEN O EN UN GRADO SUPERIOR | INCOMPLETA | SÍ |
| | 5 ^{TA} DOSIS | COMPLETA | COMPLETA | NO |

Para los estudiantes en los grados 7 a 11 que hayan recibido la serie COMPLETA de DTaP, véase la evaluación de Tdap en la página 8.

Para solicitar este material en otro formato (p.ej. Braille), llame al (971) 673-0300.

Tabla de Revisión Primaria de Vacunación

Útese ÚNICAMENTE para la Evaluación de Escuelas y Centros Infantiles



**Al examinar los registros, evalúe el mes y año únicamente.
Lea siempre las opciones para cada dosis en orden descendente.**

| VACUNA | EL REGISTRO INDICA: | ¿CUÁNDO RECIBIÓ LA DOSIS? | SITUACIÓN DE VACUNACIÓN: | ¿NECESITA LA VACUNA AHORA MISMO! |
|-----------------------|------------------------|--|--------------------------|----------------------------------|
| Polio-mielitis | 0 DOSIS | EL NIÑO TIENE MENOS DE 2 MESES DE EDAD | AL DÍA | NO |
| | | EL ESTUDIANTE TIENE 18 AÑOS DE EDAD O MÁS | NO REQUERIDA | NO |
| | | EL NIÑO TIENE 2 MESES DE EDAD O MÁS Y MENOS DE 18 AÑOS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 1 ^{ERA} DOSIS | RECIBIÓ LA 1 ^{ERA} DOSIS HACE MENOS DE 2 MESES O EL NIÑO TIENE MENOS DE 4 MESES DE EDAD | AL DÍA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 1 ^{ERA} DOSIS HACE 2 MESES O MÁS Y EL NIÑO TIENE POR LO MENOS 4 MESES DE EDAD Y MENOS DE 18 AÑOS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 2 ^{DA} DOSIS | RECIBIÓ LA 2 ^{DA} DOSIS HACE MENOS DE 12 MESES | AL DÍA | NO |
| | | EL NIÑO TIENE MENOS DE 18 MESES DE EDAD | AL DÍA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 2 ^{DA} DOSIS HACE 12 MESES O MÁS Y EL NIÑO TIENE MENOS DE 18 AÑOS DE EDAD | INCOMPLETA | SÍ |
| | 3 ^{ERA} DOSIS | RECIBIÓ LA 3 ^{ERA} DOSIS AL CUMPLIR 4 AÑOS DE EDAD O POSTERIORMENTE | COMPLETA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 3 ^{ERA} DOSIS HACE MENOS DE 12 MESES | AL DÍA | NO |
| | | EL NIÑO TODAVÍA NO TIENE LA EDAD PARA ASISTIR A KINDERGARTEN | AL DÍA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 3 ^{ERA} DOSIS HACE 12 MESES O MÁS Y EL NIÑO ESTÁ EN KINDERGARTEN O EN UN GRADO SUPERIOR Y TIENE MENOS DE 18 AÑOS DE EDAD | INCOMPLETA | SÍ |
| | 4 ^{TA} DOSIS | COMPLETA | COMPLETA | NO |

Tabla de Revisión Primaria de Vacunación

Úsele ÚNICAMENTE para la Evaluación de Escuelas y Centros Infantiles



**Al examinar los registros, evalúe el mes y año únicamente.
Lea siempre las opciones para cada dosis en orden descendente.**

Las dosis de la vacuna contra la varicela deben contarse solamente si se recibieron en marzo de 1995 o posteriormente, fecha en la que Estados Unidos concedió la licencia a dicha vacuna. Cualquier fecha posterior a la fecha de nacimiento es aceptable para la historia de enfermedad de varicela.

La dosis de la vacuna contra la varicela que se suministre el mismo mes del primer cumpleaños es aceptable para los requisitos de vacunación para escuelas y centros infantiles.

| VACUNA | EL REGISTRO INDICA: | ¿CUÁNDO RECIBIÓ LA DOSIS? | SITUACIÓN DE VACUNACIÓN: | ¿NECESITA LA VACUNA AHORA MISMO! |
|-----------------|------------------------|---|--------------------------|----------------------------------|
| Varicela | 0 DOSIS | HISTORIA DE ENFERMEDAD DE VARICELA A CUALQUIER EDAD (NO ES OBLIGATORIO INDICAR LA FECHA DE LA ENFERMEDAD) | COMPLETA | NO |
| | | NO LA RECIBIÓ Y EL NIÑO TIENE MENOS DE 18 MESES DE EDAD | AL DÍA | NO |
| | | NO LA RECIBIÓ Y EL NIÑO TIENE 18 MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 1 ^{ERA} DOSIS | LA RECIBIÓ A LOS 12 MESES DE EDAD O POSTERIORMENTE Y ANTES DE CUMPLIR LOS 13 AÑOS | COMPLETA | NO |
| | | LA RECIBIÓ ANTES DE CUMPLIR 12 MESES DE EDAD Y EL NIÑO TIENE MENOS DE 18 MESES | AL DÍA | NO |
| | | LA RECIBIÓ ANTES DE CUMPLIR 12 MESES DE EDAD Y EL NIÑO TIENE 18 MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | | LA RECIBIÓ A LOS 13 AÑOS DE EDAD O POSTERIORMENTE Y HACE MENOS DE 2 MESES | AL DÍA | NO |
| | | LA RECIBIÓ A LOS 13 AÑOS DE EDAD O POSTERIORMENTE Y HACE 2 MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 2 ^{DA} DOSIS | RECIBIÓ LA 1 ^{ERA} DOSIS A LOS 12 MESES DE EDAD O POSTERIORMENTE Y LA 2 ^{DA} AL MES (28 DÍAS) DE HABER RECIBIDO LA 1 ^{ERA} O POSTERIORMENTE. | COMPLETA | NO |
| | | RECIBIÓ POR LO MENOS UNA DOSIS ENTRE LOS 12 MESES Y LOS 12 AÑOS DE EDAD | COMPLETA | NO |
| | | EL NIÑO TIENE MENOS DE 18 MESES DE EDAD | AL DÍA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 2 ^{DA} DOSIS MENOS DE UN MES (28 DÍAS) DESPUÉS DE LA 1 ^{ERA} DOSIS Y HACE MENOS DE DOS MESES | AL DÍA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 2 ^{DA} DOSIS MENOS DE UN MES (28 DÍAS) DESPUÉS DE LA 1 ^{ERA} DOSIS Y HACE DOS MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 3 ^{ERA} DOSIS | COMPLETA | COMPLETA | NO |

Tabla de Revisión Primaria de Vacunación

Úsele ÚNICAMENTE para la Evaluación de Escuelas y Centros Infantiles



**Al examinar los registros, evalúe el mes y año únicamente.
Lea siempre las opciones para cada dosis en orden descendente.**

Una dosis de la vacuna MMR (o vacuna contra el sarampión, las paperas y/o la rubéola) recibida en el mismo mes del primer cumpleaños es aceptable para los requisitos de vacunación para escuelas y centros infantiles.

SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA: OBLIGATORIAS PARA LOS CENTROS INFANTILES Y GRADOS K a 12

| VACUNA | EL REGISTRO INDICA: | ¿CUÁNDO RECIBIÓ LA DOSIS? | SITUACIÓN DE VACUNACIÓN: | ¿NECESITA LA VACUNA AHORA MISMO! |
|---|------------------------|--|--------------------------|----------------------------------|
| MMR (Sarampión, paperas y rubéola) | 0 DOSIS | EL NIÑO TIENE MENOS DE 15 MESES DE EDAD | AL DÍA | NO |
| | | EL NIÑO TIENE 15 MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 1 ^{ERA} DOSIS | LA RECIBIÓ A LOS 12 MESES DE EDAD O POSTERIORMENTE | AL DÍA | NO |
| | | LA RECIBIÓ ANTES DE CUMPLIR 12 MESES DE EDAD Y EL NIÑO TIENE MENOS DE 15 MESES | AL DÍA | NO |
| | | LA RECIBIÓ ANTES DE CUMPLIR 12 MESES DE EDAD Y EL NIÑO TIENE 15 MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |

SEGUNDA DOSIS PARA SARAMPIÓN: OBLIGATORIA ÚNICAMENTE PARA LOS GRADOS K a 12

| VACUNA | EL REGISTRO INDICA: | ¿CUÁNDO RECIBIÓ LA DOSIS? | SITUACIÓN DE VACUNACIÓN: | ¿NECESITA LA VACUNA AHORA MISMO! |
|---|-------------------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|
| 2^{DA} dosis contra sarampión (Sarampión o MMR) | 0 DOSIS | NO LA RECIBIÓ | INCOMPLETA | SÍ |
| | | 1 ^{ERA} DOSIS | LA RECIBIÓ HACE MENOS DE 2 MESES | AL DÍA |
| | LA RECIBIÓ HACE 2 MESES O MÁS | | INCOMPLETA | SÍ |
| | 2 ^{DA} DOSIS | RECIBIÓ LA 1 ^{ERA} DOSIS AL CUMPLIR 12 MESES DE EDAD O POSTERIORMENTE Y LA 2 ^{DA} AL MES (28 DÍAS) DE HABER RECIBIDO LA 1 ^{ERA} O POSTERIORMENTE | COMPLETA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 2 ^{DA} DOSIS MENOS DE UN MES (28 DÍAS) DESPUÉS DE LA 1 ^{ERA} DOSIS Y HACE MENOS DE DOS MESES | AL DÍA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 2 ^{DA} DOSIS MENOS DE UN MES (28 DÍAS) DESPUÉS DE LA 1 ^{ERA} DOSIS Y HACE DOS MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 3 ^{ERA} DOSIS | COMPLETA | COMPLETA | NO |

Tabla de Revisión Primaria de Vacunación

Úsele ÚNICAMENTE para la Evaluación de Escuelas y Centros Infantiles



**Al examinar los registros, evalúe el mes y año únicamente.
Lea siempre las opciones para cada dosis en orden descendente.**

| VACUNA | EL REGISTRO INDICA: | ¿CUÁNDO RECIBIÓ LA DOSIS? | SITUACIÓN DE VACUNACIÓN: | ¿NECESITA LA VACUNA AHORA MISMO! |
|--------------------|------------------------|--|--------------------------|----------------------------------|
| Hepatitis B | 0 DOSIS | EL NIÑO TIENE MENOS DE 2 MESES DE EDAD | AL DÍA | NO |
| | | EL NIÑO TIENE 2 MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 1 ^{ERA} DOSIS | LA RECIBIÓ A LOS 11 AÑOS DE EDAD O POSTERIORMENTE Y HACE MENOS DE 6 MESES | AL DÍA | NO |
| | | LA RECIBIÓ A LOS 11 AÑOS DE EDAD O POSTERIORMENTE Y HACE 6 MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | | LA RECIBIÓ ANTES DE CUMPLIR 11 AÑOS DE EDAD Y HACE MENOS DE 2 MESES O EL NIÑO TIENE MENOS DE 4 MESES DE EDAD | AL DÍA | NO |
| | | LA RECIBIÓ ANTES DE CUMPLIR 11 AÑOS DE EDAD, HACE 2 MESES O MÁS Y EL NIÑO TIENE 4 MESES DE EDAD O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 2 ^{DA} DOSIS | RECIBIÓ LA 1 ST DOSIS A LOS 11 AÑOS DE EDAD O POSTERIORMENTE Y LA 2 ^{DA} POR LO MENOS 4 MESES DESPUÉS DE LA 1 ^{ERA} | COMPLETA | NO |
| | | LA RECIBIÓ HACE MENOS DE 5 MESES | AL DÍA | NO |
| | | LA RECIBIÓ HACE 5 MESES O MÁS Y EL NIÑO TIENE MENOS DE 18 MESES DE EDAD | AL DÍA | NO |
| | | LA RECIBIÓ HACE 5 MESES O MÁS Y EL NIÑO TIENE 18 MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 3 ^{ERA} DOSIS | COMPLETA | COMPLETA | NO |

Tabla de Revisión Primaria de Vacunación

Úsele ÚNICAMENTE para la Evaluación de Escuelas y Centros Infantiles



**Al examinar los registros, evalúe el mes y año únicamente.
Lea siempre las opciones para cada dosis en orden descendente.**

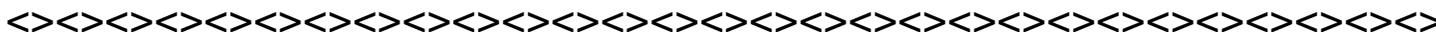
Hepatitis A Este requisito se incorpora gradualmente por los grados a lo largo del año escolar (AE) 2014-2015
 AE 2012/13 Centros infantiles, Head Start, Preescolar, Kindergarten, 1^{er}, 2^{do}, 3^{er}, 4^{to} grado
 AE 2013/14 Centros infantiles, Head Start, Preescolar, Kindergarten, 1^{er}, 2^{do}, 3^{er}, 4^{to}, 5^{to} grado
 AE 2014/15 Centros infantiles, Head Start, Preescolar y todos los estudiantes de los grados K a 12

La dosis de la vacuna contra la hepatitis A que se suministre el mismo mes del primer cumpleaños es aceptable para los requisitos de vacunación para escuelas y centros infantiles.

| VACUNA | EL REGISTRO INDICA: | ¿CUÁNDO RECIBIÓ LA DOSIS? | SITUACIÓN DE VACUNACIÓN: | ¿NECESITA LA VACUNA AHORA MISMO! |
|--------------------|------------------------|---|--------------------------|----------------------------------|
| Hepatitis A | 0 DOSIS | EL NIÑO TIENE MENOS DE 18 MESES DE EDAD | AL DÍA | NO |
| | | EL NIÑO TIENE 18 MESES DE EDAD O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 1 ^{ERA} DOSIS | LA RECIBIÓ A LOS 12 MESES DE EDAD O POSTERIORMENTE Y HACE MENOS DE 12 MESES | AL DÍA | NO |
| | | LA RECIBIÓ A LOS 12 MESES DE EDAD O POSTERIORMENTE Y HACE 12 MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | | LA RECIBIÓ ANTES DE CUMPLIR 12 MESES DE EDAD Y EL NIÑO TIENE MENOS DE 18 MESES | AL DÍA | NO |
| | | LA RECIBIÓ ANTES DE CUMPLIR 12 MESES DE EDAD Y EL NIÑO TIENE 18 MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 2 ^{DA} DOSIS | RECIBIÓ AMBAS DOSIS A LOS 12 MESES DE EDAD O POSTERIORMENTE | COMPLETA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 1 ^{ERA} DOSIS ANTES DE CUMPLIR 12 MESES DE EDAD Y RECIBIÓ LA 2 ^{DA} DOSIS HACE MENOS DE 12 MESES | AL DÍA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 1 ^{ERA} DOSIS ANTES DE CUMPLIR 12 MESES DE EDAD Y RECIBIÓ LA 2 ^{DA} HACE 12 MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 3 ^{ERA} DOSIS | COMPLETA | COMPLETA | NO |

HIB Tabla de Revisión Primaria de Vacunación

Úsele ÚNICAMENTE para la Evaluación de Escuelas y Centros Infantiles



**Al examinar los registros, evalúe el mes o año únicamente.
Lea siempre las opciones para cada dosis en orden descendente.**

HIB (*Haemophilus Influenzae* Tipo B): Obligatoria únicamente para los niños entre los 2 y 59 meses de edad

| EDAD ACTUAL | EL REGISTRO INDICA: | ¿CUÁNDO RECIBIÓ LA PRIMERA DOSIS DE HIB? | SITUACIÓN DE VACUNACIÓN: | ¿NECESITA LA VACUNA AHORA MISMO! |
|------------------------|------------------------|--|--------------------------|----------------------------------|
| 2 a 11 meses | 0 DOSIS | NO LA RECIBIÓ | INCOMPLETA | SÍ |
| | 1 ^{ERA} DOSIS | LA RECIBIÓ HACE MENOS DE 2 MESES Y EL NIÑO TIENE MENOS DE 4 MESES DE EDAD | AL DÍA | NO |
| | | LA RECIBIÓ HACE 2 MESES O MÁS Y EL NIÑO TIENE 4 MESES DE EDAD O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 2 ^{DA} DOSIS | AL DÍA | AL DÍA | NO |
| 3 ^{ERA} DOSIS | AL DÍA | AL DÍA | NO | |
| 12 a 17 meses | 0 DOSIS | NO LA RECIBIÓ | INCOMPLETA | SÍ |
| | 1 ^{ERA} DOSIS | RECIBIÓ LA DOSIS A LOS 15 MESES DE EDAD O POSTERIORMENTE | COMPLETA | NO |
| | | RECIBIÓ LA DOSIS ANTES DE LOS 15 MESES DE EDAD PERO HACE MENOS DE 2 MESES | AL DÍA | NO |
| | | LA RECIBIÓ HACE 2 MESES O MÁS | INCOMPLETA | SÍ |
| | 2 ^{DA} DOSIS | RECIBIÓ LA 2 ^{DA} DOSIS A LOS 15 MESES DE EDAD O POSTERIORMENTE | COMPLETA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 1 ^{ERA} DOSIS A LOS 12 MESES DE EDAD O POSTERIORMENTE | COMPLETA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 1 ^{ERA} DOSIS ANTES DE CUMPLIR LOS 12 MESES DE EDAD | AL DÍA | NO |
| | 3 ^{ERA} DOSIS | RECIBIÓ LA 3 ^{ERA} DOSIS A LOS 12 MESES DE EDAD O POSTERIORMENTE | COMPLETA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 3 ^{ERA} DOSIS ANTES DE CUMPLIR LOS 12 MESES DE EDAD | AL DÍA | NO |
| 18 a 59 meses | 0 DOSIS | NO LA RECIBIÓ | INCOMPLETA | SÍ |
| | 1 ^{ERA} DOSIS | LA RECIBIÓ A LOS 15 MESES DE EDAD O POSTERIORMENTE | COMPLETA | NO |
| | | LA RECIBIÓ ANTES DE LOS 15 MESES DE EDAD | INCOMPLETA | SÍ |
| | 2 ^{DA} DOSIS | RECIBIÓ LA 2 ^{DA} DOSIS A LOS 15 MESES DE EDAD O POSTERIORMENTE | COMPLETA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 1 ^{ERA} DOSIS A LOS 12 MESES DE EDAD O POSTERIORMENTE | COMPLETA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 1 ^{ERA} DOSIS ANTES DE CUMPLIR LOS 12 MESES DE EDAD Y LA 2 ^{DA} ANTES DE CUMPLIR LOS 15 MESES DE EDAD | INCOMPLETA | SÍ |
| | 3 ^{ERA} DOSIS | RECIBIÓ LA 3 ^{ERA} DOSIS A LOS 12 MESES DE EDAD O POSTERIORMENTE | COMPLETA | NO |
| | | RECIBIÓ LA 3 ^{ERA} DOSIS ANTES DE CUMPLIR LOS 12 MESES DE EDAD | INCOMPLETA | SÍ |
| 4 ^{TA} DOSIS | COMPLETA | COMPLETA | NO | |

¡Úsese esta página únicamente para los grados 7° a 11° en 2012 a 2013!

LEA PRIMERO: En 2005 se concedió la licencia para el uso de la vacuna Tdap y ésta se suministra a adolescentes y personas adultas. Refuerza el organismo contra tres enfermedades: el tétano, la difteria y la tos ferina (*whooping cough*). La vacuna infantil DTaP protege contra las mismas enfermedades que la Tdap, pero la DTaP sólo se suministra hasta los 6 años de edad.

¿Indica el registro del estudiante que una de las dosis de Tdap le fue suministrada al cumplir los 10 años de edad o posteriormente y hay por lo menos 3 dosis de Tdap, Td, DTaP y/o DT en total? De ser así, el estudiante tiene completa la vacuna Tdap, ¡y no es necesario que usted utilice la tabla!

Tabla de Revisión Primaria de Vacunación

Úsese para la evaluación de la escuela ÚNICAMENTE



Al examinar los registros, evalúe el mes y año únicamente.
Lea siempre las opciones para cada DOSIS en orden descendente.

REFUERZO DE TDAP

Este requisito se incorpora gradualmente por los grados a lo largo del año escolar (AE) 2013-2014

AE 2012/13 7°, 8°, 9°, 10°, 11° grado

AE 2013/14 Todos los estudiantes de 7° a 12°

¡Sólo grados 7° a 11° este año!

Úsese esta tabla únicamente si el niño está en **7° grado o superior** y **HA COMPLETADO la serie infantil DTaP (vea la página 1).**

| VACUNA | EL REGISTRO INDICA: | ¿CUÁNDO RECIBIÓ LA DOSIS? | SITUACIÓN DE VACUNACIÓN: | ¿NECESITA LA VACUNA AHORA MISMO! |
|---|---|--|---|----------------------------------|
| Vacunas que contienen tétano/difteria/tos ferina | 0 DOSIS | NO USE ESTA TABLA — USE LA TABLA DE DTAP DE LA PÁGINA 1 | | |
| | 1 ^{ERA} DOSIS | | | |
| | 2 ^{DA} DOSIS | | | |
| | (No se olvide de contar todas las dosis de DTaP, DT, Td y Tdap) | | | |
| Tdap Td DTaP DT | 3 ^{ERA} DOSIS | RECIBIÓ LA ÚLTIMA DOSIS DE TÉTANO/DIFTERIA/TOS FERINA (Tdap o Td) | COMPLETA | NO |
| | 4 ^{TA} DOSIS | AL CUMPLIR 10 AÑOS DE EDAD O POSTERIORMENTE | | |
| | 5 ^{TA} DOSIS | RECIBIÓ LA ÚLTIMA DOSIS DE TÉTANO/DIFTERIA/TOS FERINA (DTaP, DT o Td) HACE MENOS DE 5 AÑOS | AL DÍA | NO |
| | 6 ^{TA} DOSIS | RECIBIÓ LA ÚLTIMA DOSIS DE TÉTANO/DIFTERIA/TOS FERINA (DTaP, DT o Td) HACE 5 AÑOS O MÁS | INCOMPLETA — ¡NECESITA LA TDAP AHORA! | SÍ |
| | 7 ^A DOSIS | COMPLETA | COMPLETA | NO |

.....
 • **¿Tiene algún estudiante cuyo registro indique que se le suministró una dosis de Tdap (no Td ni DTaP) por lo menos hace 5 años cuando tenía 7, 8 ó 9 años?** De ser así y si usted utiliza un sistema de registro computarizado, codifique esta dosis como una exención de índole médica para evitar que se considere como incompleta. Si bien es inusual que el niño reciba la Tdap entre los 7 y 9 años de edad, está permitido y no se recomienda otra dosis actualmente. Al codificar esta dosis como una exención de índole médica podrá identificarse fácilmente a los estudiantes si las recomendaciones con respecto a la Tdap cambian en el futuro.
 •