



## NOTICIAS DE ENFERMERÍA

**\*\*Clínicas de Inmunización de Primavera 2026\*\***

Estimados Padres/Tutores,  
¡Es esa época del año otra vez! Para su conveniencia, el Departamento de Salud del Condado de Jefferson se ha asociado nuevamente con las Escuelas Consolidadas de Madison para organizar Clínicas de Vacunación de Primavera en nuestras escuelas. Las cartas y el formulario de consentimiento están en proceso de ser enviados a casa con los estudiantes que tienen vacunas vencidas. Por favor, devuélvanlos lo antes posible. Estos formularios de consentimiento son tanto para las Inmunizaciones Requeridas como para las Recomendadas.

La ley de Indiana permite exenciones médicas (firmadas por un médico) y objeciones religiosas (firmadas por un padre/tutor). Tenga en cuenta que, según el estado de Indiana, hay vacunas requeridas para asistir a la escuela. Si su hijo está exento por razones médicas o religiosas, se requiere completar un formulario de exención cada año. Consulte los formularios de consentimiento, los formularios de exención, así como el código QR de información de la vacuna adjuntos para su conveniencia.

**Fechas de la Clínica de Vacunación: Fecha límite de formularios de consentimiento:  
Correo electrónico de la enfermera escolar**

Lydia 24 de abril      8 de abril      [gowens@madison.k12.in.us](mailto:gowens@madison.k12.in.us)

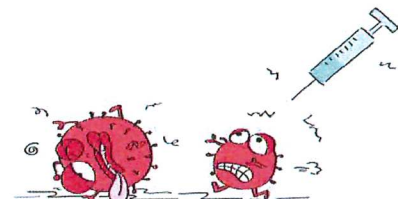
Anderson 20 de abril      8 de abril      [rcroxtton@madison.k12.in.us](mailto:rcroxtton@madison.k12.in.us)

Rykers Ridge 17 de abril      8 de abril      [teigel@madison.k12.in.us](mailto:teigel@madison.k12.in.us)

Junior High 4 de mayo      20 de abril      [hbird@madison.k12.in.us](mailto:hbird@madison.k12.in.us)

High School 8 de mayo      24 de abril      [kdurham@madison.k12.in.us](mailto:kdurham@madison.k12.in.us)

Atentamente,





# CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN DE PRIMAVERA ESCUELA \_\_\_\_\_

**NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS O ILEGIBLES Y NO SE ADMINISTRARÁ LA VACUNA**

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ SEG. NOMBRE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ RAZA \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_ HISPANO/LATINO SI O NO

### INFORMACION DEL PADRE/TUTOR

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

1. ELEGIBLE PARA LA VACUNA GRATUITA PORQUE (marque una):  \*Medicaid se **NECESITA** el # de ID/RID \_\_\_\_\_  
\*Adjunte efectivo o cheque a nombre de "JCHD" para cubrir la tarifa de administración  marque esta casilla si no puede pagar  \*Indígena americano/nativo de Alaska \_\_\_\_\_  
Llame al 812-273-1942 para preguntar sobre el costo  \*Sin seguro médico \_\_\_\_\_  
 \*El seguro no cubre \_\_\_\_\_

2. ASEGURADO Marque una opción. Aetna Anthem Cigna Custom Design Benefits SIHO Humana UMR United Healthcare TriCare Select  
Nombre del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_ ID # (NO GROUP #) \_\_\_\_\_

3. PAGUE EN EFECTIVO O CON CHEQUE a nombre de "JCHD". Llame al 812-273-1942 para preguntar sobre el costo de las vacunas

### **EVALUACION MEDICA: Responda todas las preguntas sobre el niño/a que recibirá la vacuna.**

**Si el niño/a ha recibido vacunas de otro estado, necesitaremos esos registros antes de determinar las vacunas que se administrarán.**

- Sí No ¿Ha tenido el niño una reacción alérgica potencialmente mortal a alguna vacuna en el pasado? Explique \_\_\_\_\_
- Sí No ¿Tiene el niño alguna condición de salud crónica grave? Si es así, por favor explique. \_\_\_\_\_
- Sí No ¿Está la estudiante embarazada o podría quedar embarazada durante el próximo mes? Si es así, no debe recibir MMR, HPV o varicela
- Sí No ¿Ha recibido el estudiante vacunas en las últimas cuatro (4) semanas?
- Sí No ¿Ha recibido el estudiante una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o se le ha administrado inmunoglobulina o un medicamento antivir en el último año?
- Sí No **Autorizo a JCHD a administrar cualquier vacuna atrasada/próxima, apropiada para la edad y requerida por la escuela.**
- Sí No **Me gustaría que mi hijo (de 9 años o más) recibiera la vacuna contra el VPH.** (Ignorar si no es apropiada para la edad).
- Sí No **Me gustaría que mi hijo (de 16 años o más) recibiera la vacuna contra el meningococo B.** (Ignorar si no es apropiada para la edad).

Reconozco haber recibido el "Aviso de prácticas de privacidad de la información de salud". (Copia disponible en JCHD)  
Si corresponde, autorizo a JCHD a facturar a mi seguro médico y solicitar que el pago de los beneficios del seguro autorizado se realice directamente a JCHD.

Entiendo que si el seguro no cubre los servicios, seré responsable del pago de estos servicios.  
Las declaraciones de VIS para las vacunas que se administrarán están disponibles a solicitud

FIRMA (Padre/Tutor si es menor de 18 años) X \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

## **SOLO PARA USO DE OFICINA - NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

Vaccine	Lot#/Exp. Date	Site	Route	VIS Date
Dtap/Tdap		L/R Deltoid	IM	
Hep B		L/R Deltoid	IM	
IPV		L/R Deltoid	IM	
MMR		L / R Arm	SC	
Varicella		L / R Arm	SC	
MCV4		L / R Deltoid	IM	
Hep A		L / R Deltoid	IM	
HPV9		L / R Deltoid	IM	
MenB		L / R Deltoid	IM	

Children & Hoosier Immunization Registry Program

Countermeasures Injury Compensation Program



Vaccinator \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

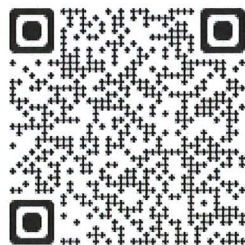
# Vacunas para Niños en Edad Escolar



Hep B



Rotavirus



DTaP



HiB



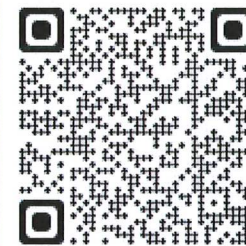
PCV



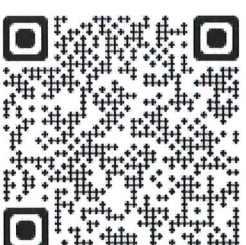
Polio (IPV)



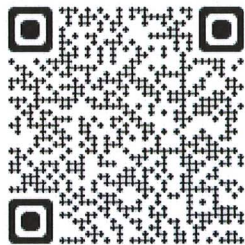
Hep A



MMR



Varicella



MMRV



HPV



Meningococcal



MenB



Tdap



Flu (Inactive)



Flu (Nasal/Live)



## Carta de Exención Religiosa de Vacunación

Año Escolar \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado del estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
mes/día/año

En caso de un brote de una enfermedad prevenible con vacunas para la cual su hijo no esté completamente vacunado, su hijo puede ser excluido de la escuela para proteger su salud y la salud de todos nuestros estudiantes y personal. Es importante comprender que en algunas enfermedades como el sarampión, un niño infectado constituye un brote. El tiempo que su hijo permanecerá fuera de la escuela depende de la enfermedad. La exclusión de su hijo puede durar hasta 3-4 semanas. Por favor consulte la [Guía de Referencia de Enfermedades Transmisibles](#)

### Declaración de los padres:

Me gustaría solicitar que mi hijo sea eximido del requisito de vacunación estatal por los siguientes motivos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

de acuerdo con el Código de Indiana 20-34-3-2.

Nombre de un Padre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Código de Indiana 20-34-3-2

### Excepción de vacunación por objeción religiosa

“Salvo que se disponga lo contrario, no se podrá exigir a un estudiante que se someta a ninguna prueba, examen, vacuna o tratamiento requerido en virtud de este capítulo IC 20-34-3-2 cuando los padres del niño se opongan por motivos religiosos. Una objeción religiosa no exime a un niño de cualquier prueba, examen, vacunación o tratamiento requerido bajo este capítulo IC 20-34-3-2 o a menos que la objeción sea:

1. hecho por escrito;
2. firmado por el padre del niño; y
3. entregado al maestro del niño o a la persona que pudiera ordenar una prueba, un examen, una vacuna o un tratamiento en ausencia de objeción.”

El documento escrito, firmado por los padres, debe indicar que la objecion a la vacunacion, se basa en motivos religiosos. No hay ningun requisito de que la declaracion sea del pastor de una iglesia, aparezca en papel con membrete de la iglesia, o proporcione prueba de que son miembros de una organizacion religiosa. La politica del Departamento de Salud del Estado de Indiana requiere que los padres verifiquen la declaracion escrita cada año.

**Immunization Medical Exemption Letter**  
**Carta de exención médica de vacunación**

School Year \_\_\_\_\_

Student Name (Print) \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_ Student Grade \_\_\_\_\_

School Attending \_\_\_\_\_

A medical exemption is a physician's certification that a particular immunization is detrimental to the child's health. It must state in writing that the child has a medical contraindication to receiving a vaccine and must be resubmitted to the school each year. As true medical contraindications to immunization are vaccine-specific, medical exemptions must be written for each vaccine that is contraindicated

Physician's statement

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

in accordance with Indiana Code 20-34-3-3

Physician's Signature: \_\_\_\_\_

Parent's Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Indiana Code 20-34-3-3

Child's Health Exemption to Immunization

"Exception for Child's Health. If any physician certifies that a particular immunization required by this chapter is or may be detrimental to the student's health, the requirements of this chapter for that particular immunization is inapplicable for that child until it is found no longer detrimental to the child's health."

A written document, signed by the physician, must state that a particular immunization is contraindicated for a child because it is detrimental to the child's health. This Indiana State Department of Health policy requires that a written statement be verified by the school personnel each year until it is found that the particular immunization is no longer detrimental to the child's health.