

¿Están listos sus niños?

Ley de Inmunización y Programas de Cuidado Infantil y de la Primera Infancia

En Minnesota, se requiere que los niños reciban las vacunas antes de que se les inscriba en programas de cuidado infantil y de la primera infancia, o que presenten una exención. El requerimiento se aplica a todos los centros acreditados de cuidado infantil, cuidado infantil familiar, cuidado infantil exentos de licencia certificada y programas de la primera infancia, tales como preescolares, programas de preparación para la escuela (SRP), prekínder voluntario y educación especial para la primera infancia. Identifique el grupo de edad de su niño en el gráfico a continuación y vea cuántas dosis en total de cada vacuna se requieren para su edad.

Vacunas requeridas	3 a 4 meses	5 a 6 meses	7 a 15 meses	16 a 23 meses	24 meses a kínder
Hepatitis B (Hep B)	2 Dosis	2 Dosis	3 Dosis	3 Dosis	3 Dosis
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)	1 Dosis	2 Dosis	3 Dosis	3 Dosis	4 Dosis
Polio (IPV)	1 Dosis	2 Dosis	2 Dosis	2 Dosis	3 Dosis
Neumococos (PCV)	1 Dosis	2 Dosis	3 Dosis	3 Dosis	
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1 Dosis	1 Dosis	1 Dosis	1 Dosis	1 Dosis
Sarampión, paperas, rubeola (MMR)				1 Dosis	1 Dosis
Varicela (lechina)				1 Dosis	1 Dosis
Hepatitis A (Hep A)					1 Dosis

Nota: El número de dosis puede ser diferente si su niño no está al día con sus vacunas. Si su niño se ha atrasado con sus vacunas, nunca es demasiado tarde para ponerse al día. Hable con su profesional de la salud.

Se recomienda, aunque no se exige, para los programas de cuidado infantil o de la primera infancia

Las vacunas contra la influenza (flu), el COVID-19, el virus respiratorio sincicial (RSV) y el rotavirus, entre otras, se recomiendan en el caso de los niños, a fin de asegurar que estén totalmente protegidos. Pregúntele a su profesional de la salud cuándo se le deben poner estas vacunas a su niño.

Consejos para padres y tutores

- Asegúrese que su niño haya recibido todas las vacunas requeridas antes de su primer día en un programa de cuidado infantil o de la primera infancia, o bien, presente una exención.
- Entréguele una copia del registro de inmunización de su niño al centro de cuidado infantil, al programa de la primera infancia o a la escuela. Puede obtener una copia de su registro en la clínica o descargarla en: [Encontrar mi registro de inmunización \(Find My Immunization Record\) \(www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html\)](http://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html).
- Llene el reverso si su niño necesita una exención por razones médicas o si está optando por una exención no médica debido a sus creencias personales.



[Vacunas para bebés, niños y adolescentes \(Vaccines for Infants, Children, and Adolescents\)
\(www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html\)](http://www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html)

Póngase en contacto con el Programa de Inmunización a través del 651-201-5503, o del 1-800-657-3970, si desea otro formato.

No. de identificación (ID#) 80159 (12/2024) Spanish

Exenciones médicas y no médicas

Instrucciones para documentar exenciones médicas o no médicas y la historia de varicela (lechina)

Siga los pasos 1 y 2 siguientes para documentar la exención médica, la no médica o la historia de varicela (lechina).

1. Coloque una X en la casilla para indicar una exención médica o no médica. Si está eximiendo a su niño de más de una vacuna, marque con una X la casilla respectiva de cada vacuna para la que presenta la exención.
2. Obtenga las firmas para las exenciones o la historia de varicela (lechina).

Vacunas requeridas	Médica	No médica
Hepatitis B (Hep B)		
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)		
Polio (IPV)		
Neumococos (PCV)		
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)		
Sarampión, paperas, rubeola (MMR)		
Varicela (Lechina)		
Hepatitis A (Hep A)		

Exención médica: Un profesional de atención médica debe revisar y firmar la exención médica. Esto incluye a un médico acreditado, un enfermero profesional o un asistente médico. Al firmar a continuación, confirmo que a este niño no se le deben poner las vacunas marcadas en la tabla con una X, debido a razones médicas (contraindicaciones) o porque hay confirmación de pruebas de laboratorio que indican que ya es inmune.

Firma: _____
(del profesional de atención médica)

Fecha: _____

Exención no médica: Uno de los padres, o el tutor, debe firmar la exención no médica y el formulario debe llevar la firma y el sello de un notario público. No se requiere que el niño reciba una vacuna que vaya en contra de las creencias de sus padres o de su tutor. Optar por no vacunar al niño puede poner en riesgo la salud de su niño y de otras personas que lo rodean. A los niños no vacunados que estén expuestos a enfermedades que pueden prevenir las vacunas, se les puede pedir que permanezcan en casa sin ir a la escuela y a otras actividades, por un lapso de hasta 21 días, para su propia protección y la de los demás. Al firmar, confirmo que, debido a mis creencias, a este niño no se le pondrán las vacunas marcadas en la tabla con una X y manifiesto que entiendo que se me puede pedir que permanezca sin acudir a la escuela y a otras actividades durante un lapso de hasta 21 días si está expuesto a una enfermedad que puede prevenir la vacuna.

Firma: _____ Fecha: _____
(del padre o tutor)

Las exenciones no médicas también deben incluir la firma y el sello de un notario público:

Sello del notario

Este documento ha sido reconocido ante mí, el

_____ (fecha),

por _____
(nombre del padre o tutor)



Firma del notario público:

Estado de _____
Condado de _____

Historia de varicela (lechina): Si un niño ya ha tenido varicela (lechina), no se le tiene que poner la vacuna contra la varicela. Un profesional de la salud debe firmar este formulario si tuvo la enfermedad después del 1 de septiembre de 2010. Si el niño tuvo varicela antes del 1 de septiembre de 2010, el padre o tutor puede firmar este formulario.

Al firmar a continuación, confirmo que este niño no necesita la vacuna contra la varicela porque tuvo varicela (lechina) el mes y el año siguientes: _____

Firma: _____ Fecha: _____
(del profesional de atención médica, representante de clínica pública, padre o tutor)