



# Aviso a Padres de los Requisitos de Vacunación Grados 6 - 12

Nombre del Estudiante:

### Vacunación

Los reglamentos de Kansas (K.S.A. 72-6261 hasta 72-6268) requieren que cada alumno inscrito por primera vez en una escuela de Kansas, presente prueba de que el alumno ha recibido las vacunas requeridas. El Certificado de Vacunaciones de Kansas enumera requisitos de vacunación basados en la edad y el nivel de grado.

Prueba de **cada uno de DTaP (Tétano, Difteria, Tosferina) IPV(Polio), MMR (Paperas, Sarampión), Hepatitis A, Hepatitis B, Meningitis (A,C,W,Y) y Varicela**, debe ser presentada antes de la admisión y **luego**, de acuerdo a la política de nuestro distrito, los refuerzos adicionales recibidos antes de

- El segundo lunes en octubre para estudiantes inscritos hasta el 31 de Agosto,
- El segundo lunes de enero para estudiantes inscritos entre el 1ero de septiembre hasta el 30 de noviembre,
- El segundo lunes de abril para estudiantes inscritos entre el 1ro de diciembre hasta el 31 de marzo.

Padre/Guardián Firma del Aviso \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Estudiante transfiriendo de \_\_\_\_\_  
Nombre de Escuela Ciudad Estado

Para uso de la enfermera escolar :

Fecha Estudiante Empezó Escuela \_\_\_\_\_



## **Permiso para Compartir Información de Vacunación con el Registro de Vacunación de Kansas**

**El Registro de Vacunación de Kansas, KSWebIZ**, es un sistema informático confidencial que recopila y divulga selectivamente información a personas autorizadas sobre el historial de vacunación en el estado de Kansas.

El propósito del mismo es el de consolidar la información de inmunización entre los profesionales de la salud, asegurar los niveles adecuados de inmunización y evitar inmunizaciones innecesarias. El acceso se limita a las personas y entidades que prestan servicios de inmunización o están obligadas a garantizar la inmunización de las personas. La privacidad de los participantes y la confidencialidad de la información contenida en el registro están protegidas en todo momento por todos los usuarios autorizados.

Las enfermeras escolares de Olathe son usuarias de KSWebIZ y, con el permiso de los padres, ingresan los registros de vacunación de los estudiantes en el registro. El Departamento de Salud del Condado de Johnson y muchos proveedores de atención médica del área también participan en KSWebIZ.

La participación en el programa es completamente voluntaria y no se compartirán otros registros de salud o educación que no sean los registros de inmunización escolar. Si usted desea que el historial de inmunización de su estudiante sea ingresado a dicho sistema, firme a continuación y devuelva a la enfermera de la escuela.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

**Doy permiso para que el registro de inmunización escolar sea compartido con el programa de inmunización de Kansas, incluido el registro de inmunización para el propósito de evaluación, reporte, y prevención de enfermedades. Entiendo además que este consentimiento seguirá siendo eficaz para:**

- a) la duración de tiempo que mi estudiante está inscrito en el distrito escolar de Olathe o**
- b) hasta que sea revocado por el padre/tutor legal por escrito.**

Firma del Padre/Tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



**Olathe Public Schools**  
**Información del historial medico**

Día de la Fecha: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Información obtenida del \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Nació el: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Médico: \_\_\_\_\_ Otro Especialista: \_\_\_\_\_

Hospital de Preferencia: \_\_\_\_\_

Medicación Actual/ Tratamiento	Dosis	Hora en el Día	Razón o Diagnóstico
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Algunos problemas del desarrollo, el comportamiento, la alimentación o el tragar? \_\_\_\_\_

Si desconoce su historial médico, marque aquí

**Historia Médica**

**Por Favor marque si o no a todo, con respecto a la historia médica del estudiante.**

Historia	Si	No	Comentarios	Medicación
Corrección de Vista Condición Visual/pérdida			__Lentes __Lentes de contacto	
Infecciones de Oído			__Actualmente __Tubos(x__)	
Pérdida Auditiva			Tipo: Amplificación usada: Coclear Usado:	
Dolores de Cabeza				
Convulsiones			Tipo de Convulsión: Día que comenzó: Día de la ultima convulsión:	
Diabetes			__ Tipo 1, Dependiente de insulina __ Tipo 2, No se necesita insulina	
ADD o ADHD				
Preocupaciones/Mentales/ conductuales				
Preocupación Dental				

<b>Historia</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Comentarios</b>	<b>Medicación</b>
Alergias			Comidas _____ Climáticas ____ Picadura de Insecto ____ Medicación ____ Reacción: Anafilaxis:	
Asma			Liste lo que la activa	
Bronquitis/Neumonía				
Mareos Desmayos Contener la Respiración				
Trastornos del sueño				
Sangrado de Nariz			¿Cada cuánto?	
Vejiga/Preocupación del Riñón				
Infección Urinaria				
Dolor de estómago (frecuente) Úlceras Intestino irritable			Especificar	
Preocupaciones Cardíacas/Corazón				
Hospitalizaciones  Cirugías			Edad/año/razón	
Accidentes  Lesiones de la Cabeza/concusión			Liste los Accidentes/edad/año	