CERTIFICADO UNIVERSAL DE SALUD DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Parte 1: Información personal del niño **Padre de familia/Guardián:** ***Complete la Parte 1 claramente y por completo y firme la Parte 5 abajo.***

Apellido del niño:	*Primer y Segundo nombre del niño:*	*Fecha de nacimiento:*	*Sexo:* ☐ M ☐ F	*Raza/Origen étnico:* ☐Blanco no hispano ☐ Negro no hispano ☐ Hispano ☐ Asiático o Isleño del Pacífico ☐ Otro _____
Nombre del Padre de familia o Guardián:	*Teléfono:* ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo	*Dirección de la casa:*		*Ward:*
Contacto para emergencias:	*Número para emergencias:* ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo	*Ciudad/Estado (si no es el D.C.)*		*Código postal:*
Escuela o Centro de Cuidado Infantil del niño(a):	☐ Medicaid ☐ Seguro privado ☐ Ninguno ☐ Otro _____		*Proveedor de Atención Primaria (PCP, en inglés):*	

Parte 2: Historia clínica del niño(a), exámenes y recomendaciones **Proveedor de salud: El formulario debe estar totalmente completo.**

FECHA DEL EXAMEN DE SALUD:	PESO ☐ LBS ☐ KG	ALTURA ☐ PLG ☐ CM	PRESIÓN SANGUÍNEA: (>3 años) ☐ NORMAL ☐ANORMAL	Índice de Masa Corporal (>2 años) (IMC) %
HGB / HCT *(Obligatorio para Head Start)*	Examen visual (vista) Derecho 20/ Izquierdo 20/	☐ Lentes ☐ Referido	Examen auditivo (oído) Aprobado Reprobado ☐ Referido	

PROBLEMAS DE SALUD:			REFERIDO o TRATADO	PROBLEMAS DE SALUD:			REFERIDO o TRATADO
Asma	☐ NO	☐ SÍ	☐ Referido ☐ Bajo prescripción	Lenguaje/Habla	☐ NINGUNO	☐ SÍ	☐ Referido ☐ Bajo prescripción
Convulsiones	☐ NO	☐ SÍ	☐ Referido ☐ Bajo prescripción	de Desarrollo/ Comportamiento	☐ NINGUNO	☐ SÍ	☐ Referido ☐ Bajo prescripción
Diabetes	☐ NO	☐ SÍ	☐ Referido ☐ Bajo prescripción	Otro _____	☐ NINGUNO	☐ SÍ	☐ Referido ☐ Bajo prescripción

VISITA ANUAL AL DENTISTA: (a partir de los 3 años de edad): ¿Vio el niño a un Dentista/Proveedor Dental el año pasado? ☐ SÍ☐ NO☐ Referido

A. Historia clínica significativa, condiciones, enfermedades transmisibles, o restricciones que puedan afectar la escuela, cuidado infantil, deportes o campamento del niño(a).

☐ **NINGUNA** ☐ **SÍ, sírvase detallar:**

_____

B. Alergia significativa a alimentos/medicamentos/ambiente que pueda requerir *atención médica de emergencia* en la escuela, guardería infantil, campamento o actividad deportiva.

☐ **NINGUNA** ☐ **SÍ, sírvase detallar:** _____

C. Medicamentos a largo plazo, medicamentos de venta libre (OTC, en inglés) o requisitos de cuidado especial.

☐ **NINGUNO** ☐ **SÍ, sírvase detallar (Para cualquier medicamento o tratamiento requerido durante el horario escolar, se debe presentar una Orden de Autorización de Medicación del Médico junto con este formulario)**

_____

_____

_____

Parte 3: Evaluación y análisis de riesgo de tuberculosis y de exposición al plomo:

EVALUACIÓN DE RIESGO DE TB	☐ ALTO-* ☐ BAJO	Prueba cutánea de tuberculina (TST) FECHA:	☐ NEGATIVA ☐ POSITIVA	Si la **TST es** Positiva ☐ Radiografía de tórax (CXR) NEGATIVA ☐ CXR POSITIVA ☐ TRATADO	**Proveedor de salud: La TST** POSITIVA debe ser referida al Proveedor de Atención Primaria (PCP) para su evaluación. Si tiene preguntas, llame al Control de T.B.: 202-698-4040
RIESGO DE EXPOSICIÓN AL PLOMO	☐ SÍ* ☐ NO	FECHA DEL ANÁLISIS DE PLOMO:	RESULTADO:	**Proveedor de salud:** *TODOS los niveles de plomo se deben reportar al Programa de Prevención de Envenenamiento Infantil por Plomo del DC:* Fax: 202-481-3770	

Parte 4: Certificación y firma requerida del proveedor:

☐ **SÍ** ☐ **NO** **Este niño(a) ha sido debidamente examinado y se ha revisado su historia clínica. Al momento del examen, este niño(a) se encuentra en buen estado de salud para participar en todas las actividades de la escuela, campamento o guardería con excepción de lo que se indica arriba.**

☐ **SÍ** ☐ **NO** **Este atleta está autorizado para tomar parte en deportes competitivos.**

☐**SÍ** ☐ **NO** **Se cumplieron los requisitos de evaluación de salud acordes a la edad dentro del año en curso. Si no es así, sírvase explicar:**

_____

_____

Nombre en letra de imprenta	Firma del Médico/Enfermera Profesional	Fecha
Dirección	Teléfono	Fax

Parte 5: Firmas requeridas del Padre de familia/Guardián. (Divulgación de la Información de Salud)

Autorizo al examinador/centro de salud firmante a compartir la información de salud en este formulario con la escuela, centro de cuidado infantil (guardería), campamento de mi hijo(a) o con la Agencia Gubernamental del DC que corresponda.

Nombre en letra de imprenta **Firma** **Fecha**

CERTIFICADO UNIVERSAL DE SALUD DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Nombre del estudiante: _____ / _____ / _____ Fecha de nacimiento: ____/____/_____
Apellido Primer nombre Segundo nombre Día /Mes/ Año

Sexo: Masculino Femenino Escuela o Centro de Cuidado Infantil: _____

Sección 1: Vacunación: Por favor, complete o adjunte una copia equivalente firmada y fechada por el proveedor.

VACUNAS	REGISTRE LAS FECHAS COMPLETAS (día, mes, año) DE LAS DOSIS UMINISTRADASDE LA VACUNA						
Difteria, Tétano, Tos ferina (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5		
DT (<7 años)/ Td (>7 años.)	1	2	3	4	5		
Refuerzo de Tdap	1						
Haemophilus influenza Tipo b (Hib)	1	2	3	4			
Hepatitis B (Hep B)	1	2	3	4			
Poliomielitis (vacuna inactivada (IPV), vacuna oral (OPV)	1	2	3	4			
Sarampión, Papera, Rubeola (MMR)	1	2					
Sarampión	1	2					
Papera	1	2					
Rubeola	1	2					
Varicela	1	2	Antecedentes de Varicela: Sí Cuándo: Mes Año Verificado por: _____ Nombre y cargo (Proveedor de Atención Médica)				
Neumocócica conjugada	1	2	3	4			
Hepatitis A (Hep A) (Nacido el o después del 01/01/2005)	1	2					
Vacuna antimeningocócica	1						
Virus del Papiloma Humano (VPH)	1	2	3				
Influenza (Recomendada)	1	2	3	4	5	6	7
Rotavirus (Recomendada)	1	2	3				
Otro							

Firma del Proveedor Médico Nombre en letra de imprenta o sello Fecha

Sección 2: EXENCIÓN MÉDICA. Sólo para uso del Proveedor de Atención Médica.

Certifico que el estudiante que se menciona anteriormente tiene una contraindicación médica válida para ser vacunado en este momento contra: (marque todas las opciones que correspondan) Difteria: (__) Tétano: (__) Tos ferina: (__) Hib: (__) Hep B: (__) Poliomielitis: (__) Sarampión: (_) Papera: (_) Rubeola: (_) Varicela: (__) Neumocócica: (_) Hep A: (_) Meningocócica: (_) VPH: (_)

Motivo:

Esta es una condición permanente ( ) o temporal (___) hasta el ____/____/____.

Firma del Proveedor Médico Nombre en letra de imprenta o sello Fecha

Sección 3: Prueba alternativa de Inmunidad. Debe ser completada por el Proveedor de Atención Médica o Funcionario de Salud.

Certifico que el estudiante que se menciona anteriormente tiene evidencia de laboratorio que acredita inmunidad: (Marque todas las opciones que correspondan y adjunte una copia de los resultados de la prueba de inmunidad)

Difteria: (_) Tétano: (_) Tos ferina: (__) Hib: (__) Hep B: (_) Poliomielitis: (_) Sarampión: (_) Papera: (_) Rubeola: (_) Varicela: (__)

Neumocócica: (__) Hep A: (__) Meningocócica: (__) VPH: (__)

Firma del Proveedor Médico Nombre en letra de imprenta o sello Fecha

INSTRUCCIONES DEL CERTIFICADO UNIVERSAL DE SALUD DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Este formulario *reemplaza* a todos los formularios fechados antes del 24 de febrero de 2009. Este Certificado Universal de Salud del Distrito de Columbia (*District of Columbia Universal Health Certificate, DCUHC)* se usará para ingresar a Centros de Cuidado Infantil, a Head Start y a las escuelas públicas, privadas y parroquiales del DC.

Excepción: No puede usarse para reemplazar los formularios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (*Early and Periodic Screening Diagnostic and Treatment, EPSDT*) ni al formulario de Evaluación de Salud Dental del Departamento de Salud. El DCUHC fue creado por el Departamento de Salud del DC y observa las pautas de la Academia Americana de Pediatría (*American Academy of Pediatrics, AAP*) para la asistencia médica preventiva infantil y adolescente; desde recién nacidos hasta los 21 años de edad. **Este formulario es un documento confidencial,** el cual cumple con los requisitos de la *Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996* (HIPAA) para los proveedores de asistencia médica, y con la *Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia de 1974* (FERPA) para las instituciones educativas.

Instrucciones generales: Por favor, use un bolígrafo negro para completar este formulario.

Parte 1: Información personal sobre el niño(a):
Padre de familia o guardián: Por favor, complete toda la información personal sobre su hijo(a) incluyendo el apellido, primer y segundo nombre, fecha de nacimiento y sexo del niño(a). También incluya su nombre, número de teléfono, dirección de su casa, el Ward en el cual se encuentra su casa, y el nombre y número de teléfono de un contacto para emergencias en caso que no puedan comunicarse con usted. Proporcione el nombre de la escuela o del centro de cuidado infantil. Marque el casillero que describe el tipo de cobertura del seguro médico de su hijo(a). Si el tipo de cobertura del seguro médico de su hijo(a) no se encuentra en la lista, marque "otro" y escriba el tipo de cobertura en el espacio correspondiente. Escriba el nombre del médico (doctor) principal de su hijo(a). Si su hijo(a) no tiene un médico principal (de cabecera), escriba "ninguno" en el espacio correspondiente. **Este formulario no estará completo sin la firma del padre de familia o guardián en la Parte 5.**

Parte 2: Historia clínica del niño(a), exámenes y recomendaciones: (Debe ser completado por el proveedor de atención médica). Marque todos los casilleros que correspondan.

- **Fecha del examen de salud:** Todos los niños deben someterse a un examen físico de un médico o enfermera profesional acreditada en conformidad con las Pautas de la Academia Americana de Pediatría (AAP). La fecha ingresada aquí debe indicar la fecha del examen.
- **PESO:** El peso de niño(a) ya sea en libras (LBS) o en kilogramos (KG); **ALTURA:** La altura del niño(a) ya sea en pulgadas (PLG) o en centímetros (CM).
- **PRESIÓN SANGUÍNEA:** Si el niño tiene tres años de edad o más, escriba el valor de la presión sanguínea en el casillero y marque si es normal o anormal. Si es anormal, proporcione una explicación y resolución en la Parte 2: Sección A:
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** Si el niño tiene 2 años de edad o más, se tiene que calcular y registrar el IMC incluyendo el percentil.
- **HEMOGLOBINA (HGB)/HEMATOCRITO (HCT):** El análisis de Hemoglobina (HGB) o Hematocrito (HCT) **es *obligatorio* para los niños de Head Start**. Asimismo, se recomienda el control de anemia para las adolescentes que menstrúan según las pautas de la AAP. Registre el nivel sanguíneo e indique qué análisis se llevó a cabo haciendo un círculo en HGB, HCT o en ambos.
- **PROBLEMAS DE SALUD:** El proveedor de asistencia médica debe llevar a cabo los siguientes exámenes de salud: asma, convulsiones, diabetes, trastornos del lenguaje, del desarrollo/del comportamiento u otros trastornos que puedan implicar necesidades especiales de asistencia médica". Para cualquiera de los exámenes de salud donde existan "PROBLEMAS DE SALUD", el proveedor de asistencia médica debe marcar el casillero indicando que se ha llevado a cabo la debida referencia o que el niño(a) está siendo tratado actualmente (prescripción médica) para el problema mencionado. Si NO hay NINGÚN "PROBLEMA DE SALUD", entonces marque el casillero que dice **"NO" o "Ninguno"** en cada área de control de salud.
- **NOTA ESPECIAL:** "Visita anual al dentista": Para los niños de tres años de edad y mayores, el proveedor de asistencia médica debe indicar si un dentista ha controlado o revisado al niño(a) en los últimos 12 meses. Si la respuesta es "No", el niño(a) deberá ser referido a un dentista.
- **A:** Por favor, anote cualquier historia clínica significativa, condiciones, enfermedades transmisibles y restricciones que puedan afectar la capacidad del niño(a) para realizar una actividad o programa escolar o bien, marque "NINGUNA".
- **B:** Por favor, anote cualquier alergia importante que pueda requerir de asistencia médica de emergencia en una actividad o programa escolar o bien marque "NINGUNA".
- **C:** Por favor, anote cualquier medicamento a largo plazo, medicamentos de venta libre o requisitos de cuidado especial en una actividad o programa escolar o bien marque "NINGUNO".
- **NOTA ESPECIAL:** Por favor, anote cualquier medicamento o tratamiento requerido en una actividad o programa escolar en la Parte 2: Sección C y complete una Orden de Autorización de Medicación del Médico y adjúntela al certificado de salud.

Parte 3: Evaluación y análisis de riesgo de tuberculosis y de exposición al plomo

• **EVALUACIÓN DE RIESGO DE TUBERCULOSIS (TB):** Se debe llevar a cabo una evaluación de riesgo de TB según se define en las Recomendaciones de la Prueba Cutánea de Tuberculina de la AAP para bebés, niños y adolescentes en el LIBRO ROJO de la AAP de 2006 (*AAP Tuberculin Skin Test Recommendations for Infants, Children and Adolescents in the 2006 AAP RED BOOK), 27ma Ed., página 682*. Los reglamentos actuales del DC requieren una Prueba Cutánea de Tuberculina (*Tuberculin Skin Test, TST*) para todos los niños que ingresan a cuidado infantil o a la escuela; cualquiera ocurra en primer lugar. La TST también es obligatoria para todos los niños que son evaluados como niños con **ALTO RIESGO DE EXPOSICIÓN**. Por favor, anote la prueba y marque el resultado de la misma (negativo o positivo). **Si la TST es positiva**, entonces marque el resultado de la radiografía de tórax (CXR, en inglés) y si el niño(a) recibió tratamiento. **Se deben informar todas las pruebas cutáneas de tuberculina (TSTs) positivas al Programa de Control de Tuberculosis (T.B.) del DC al 202-698-4040.**

• **RIESGOS DE EXPOSICIÓN AL PLOMO:** La ley del DC requiere que se hagan análisis a todos los niños de 6 a 14 meses de edad y nuevamente entre los 22 y los 26 meses de edad. La ley del DC asimismo requiere que si un niño(a) tiene más de 26 meses de edad y aún no se ha hecho un análisis de detección de plomo, el niño(a) deberá ser examinado dos veces antes de cumplir 6 años de edad. Por favor, haga constar tanto la "Fecha" como el "Resultado" del análisis de plomo más reciente. Por favor, indique si los resultados están "Pendientes". Los resultados "pendientes" serán válidos por dos meses a partir de la fecha del análisis y no harán que el niño sea excluido de la actividad o programa escolar. **Los laboratorios deben reportar electrónicamente TODOS los análisis de detección de plomo al Programa de Prevención del Envenenamiento Infantil por Plomo del DC. Para obtener instrucciones detalladas, llame al 202-654-6036/6037. Los proveedores pueden enviar los resultados por fax al: 202-481-3770.**

Parte 4: Certificación y firma requerida del proveedor (médico o enfermera profesional):
El proveedor responderá marcando "Sí" o "No" en las siguientes declaraciones:
El niño(a) fue debidamente examinado(a) con una revisión de la historia clínica;
El niño(a) está autorizado(a) para hacer deportes competitivos (en base a la evaluación y de acuerdo con la Evaluación Física Previa a la Participación de la AAP, 2da Ed. (1997); y el niño(a) ha recibido los exámenes acordes a su edad (de acuerdo con las pautas de la AAP y el EPSDT) dentro del año en curso. Si marca "No", explique el motivo en el espacio correspondiente. Toda información se mantendrá bajo confidencialidad.

Parte 5: Firmas requeridas del padre de familia/guardián. (Divulgación de la Información de Salud)
El padre de familia o guardián debe escribir su nombre en letra de imprenta; poner su firma y la fecha. Al firmar esta sección, el padre de familia o guardián autoriza al proveedor de salud a compartir la información de salud en este formulario con la escuela, centro de cuidado infantil, campamento del niño(a) o la agencia gubernamental del DC que corresponda.

Los formularios están disponibles en Internet en **www.doh.dc.gov**

CERTIFICADO UNIVERSAL DE SALUD DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Parte 6: INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN

Instrucciones generales: Por favor, use un bolígrafo negro para completar el formulario.
Información personal del niño(a)/estudiante: Escriba en letra de imprenta clara el apellido, nombre y segundo nombre/inicial del niño(a)/estudiante. Ingrese la fecha de nacimiento como día/mes/año. Indique el sexo del niño(a)/estudiante marcando femenino o masculino. Indique el nombre de la escuela o centro de cuidado infantil al que el niño(a) asiste.

Sección 1: Información de vacunación: Ingrese de manera clara la fecha (día/mes/año) en que se administró la(s) vacuna(s) o adjunte una copia equivalente con la firma del proveedor y la fecha. En conformidad con la Ley 3-20 del DC, "Inmunización de los Estudiantes Escolares de 1979" y con los Reglamentos Municipales del Distrito de Columbia (DCMR) Título 22, Capítulo 1 (revisado el 2 de mayo de 2008), las siguientes vacunas son obligatorias.

Instrucciones: Encuentre la edad del niño(a)/estudiante en la columna que dice "Edad actual del niño(a)". Lea a lo largo de la hilera para ver cada vacuna obligatoria. El número en el casillero es el número de dosis requerido para esa vacuna en base a la edad ACTUAL o al nivel de grado del niño(a). El rango de edad en la columna no significa que el niño(a) tenga tiempo hasta cumplir la edad máxima de ese rango de edad para cumplir con lo establecido. Cualquier niño(a) cuya edad se encuentre dentro de ese rango debe haber recibido el número de dosis requerido en base a su edad ACTUAL a fin de cumplir con lo establecido.

Tipos de vacuna y número de dosis requerido para los niños matriculados en los Programas de Cuidado Infantil1, [2]

Edad actual del niño(a)	Difteria, Tétano y Tos Ferina	Poliomielitis	Haemophilus Influenza Tipo B[7]	Sarampión, Paperas y Rubeola[8]	Varicela[9]	Hepatitis B[10]	Hepatitis A[11]	Neumocócica[12]	Antimeningocócica	Virus del Papiloma Humano[14]
Menos de 2 meses	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
2 - 3 meses	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0
4 - 5 meses	2	2	2	0	0	2	0	2	0	0
6 - 11 meses	3	3	2 / 3	0	0	3	0	3	0	0
12 - 14 meses	3	3	3 / 4	1	1	3	1	4	0	0
15 - 23 meses	4	3	3 / 4	1	1	3	1	4	0	0
24 - 47 meses	4	3	3 / 4	1	1	3	2	4	0	0
48 - 59 meses	5[3]	4[6]	3 / 4	2	2	3	2	4	0	0

Tipos de vacuna y número de dosis requerido para niños matriculados en Escuelas Públicas, Chárter, Parroquiales y Privadas1, [2]

Nivel de grado		Difteria, Tétano y Tos Ferina	Poliomielitis[6]	Haemophilus Influenza Tipo B[7]	Sarampión, Paperas y Rubeola[8]	Varicela[9]	Hepatitis B[10]	Hepatitis A[11]	Neumocócica	Antimeningocócica[13]	Virus del Papiloma Humano[14]
Grado	(No asignado)										
Grados K - 5	(5 - 10 años)	5[3, 4]	4	0	2	2	3	2	0	0	0
Grados 6 - 12	(11 - + de 18 años)	6[4, 5]	4	0	2	2	3	2	0	1	3

[1]Espaciado: Las dosis deben tener un espacio de tiempo apropiado y se deben administrar a la edad adecuada. Las dosis de vacunas que son administradas hasta 4 días antes de un intervalo mínimo o edad se consideran como válidas. Excepción: Dos vacunas de virus vivos que no se administran en el mismo día, deben estar separadas por un mínimo de 28 días.
[2]Exenciones: Se pueden otorgar exenciones médicas de vacunaciones por motivos válidos con la debida autorización del proveedor de atención médica (Sección 2). Es posible obtener pruebas serológicas de inmunidad en lugar de las vacunaciones (Sección 3). Se debe presentar una copia del informe de laboratorio a la escuela o al centro de cuidado infantil. El padre de familia/guardián debe presentar documentación para las exenciones religiosas a la escuela/centro de cuidado infantil.
[3]Difteria, tétanos y tos ferina (DTP/DTaP): Se requieren cinco (5) dosis de DTP/DTaP a los 4 años de edad para el ingreso escolar a menos que la 4ta dosis se haya administrado a los 4 años o después. El intervalo entre la 4ta y la 5ta dosis de DTP/DTaP debe ser de 6 meses.
[4]Tétanos y difteria/Tétanos, difteria y tos ferina (Td/Tdap): Se requieren tres (3) dosis de Td si las series primarias comenzaron después de los 7 años de edad. Si es mayor de 11 años de edad, una de las tres dosis debe ser la dosis de la vacuna contra tétanos, difteria y tos ferina (Tdap). Se requiere el refuerzo de la vacuna Tdap cinco años después de la última dosis de la vacuna contra tétanos, difteria y tos ferina. El refuerzo de la vacuna Td se requiere cada 10 años.
[5]Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap): El estudiante debe cumplir el requisito previo mínimo para la 4ta o 5ta dosis de la vacuna DTP/DTaP y tener una (1) dosis de Tdap.
[6]Poliomielitis: Se requieren cuatro dosis a la edad de 4 años para el ingreso escolar, a menos que se administre la tercera dosis de un programa completo de vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV, en inglés) o de vacuna oral contra la poliomielitis (OPV, en inglés) a los 4 años de edad o después, en el cual solo se necesitan 3 dosis. Sin embargo, si se empleó un programa secuencial o combinado de IPV/OPV, se requieren cuatro dosis para completar la serie primaria. La vacuna contra la poliomielitis por lo general no se administra a estudiantes mayores de 18 años de edad.
[7]Haemophilus Influenza Tipo B (HIB): El número de dosis primarias se determina según el producto (la vacuna) y la edad en la que se inicia la serie. La última dosis de Hib se debe administrar a los 12 meses de edad o después, sin embargo, si se administra solamente una (1) dosis, esta se debe administrar a los 15 meses de edad o después. La vacuna no es obligatoria para los estudiantes de 5 o más años de edad.
[8]Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR): La segunda dosis se requiere a los 4 años de edad. La primera dosis se debe administrar al cumplir un año de edad o después. La segunda dosis se debe administrar un mes después de la primera dosis. Las vacunas MMR y contra la Varicela se deben administrar el mismo día o por separado con un espacio de 28 días.
[9]Varicela: La segunda dosis se requiere a los 4 años de edad. La primera dosis se debe administrar al cumplir un año de edad o después. Si la primera dosis se administra entre los 12 meses y los 12 años de edad, la segunda dosis se administra 3 meses después de la primera dosis; si la primera dosis se administra antes de los 13 años de edad, la 2da dosis se puede administrar un mes después de la primera dosis. La vacuna contra la varicela no es obligatoria para un estudiante que tiene antecedentes de la enfermedad verificados por un proveedor de atención médica y la documentación debe incluir el mes y el año de la enfermedad.
[10]Hepatitis B: Si se administra la vacuna monovalente contra la hepatitis B junto con una vacuna combinada, es decir, DTaP-IPV-Hepatitis B, cuatro dosis de hepatitis B es aceptable; sin embargo, la 3ra o 4ta dosis se debe administrar a la edad de 24 semanas o después y al menos 8 semanas después de la dosis anterior. Si se administra la vacuna monovalente contra la hepatitis B, la 3ra dosis se debe administrar al menos 16 semanas después de la primera dosis y al menos 8 semanas después de la 2da dosis. Para los estudiantes de 11 a 15 años de edad, se acepta una constancia clara de la vacuna (Recombivax) contra la hepatitis B para adultos de 2 dosis.
[11]Hepatitis A: Se requiere para los estudiantes que nacieron el 1 de enero de 2005 o después de dicha fecha.
[12]Neumocócica: El número de dosis de la vacuna neumocócica requerida depende de la edad actual del estudiante y la edad en la que se le administró la primera dosis. Administre 1 dosis a niños sanos de 24 a 59 meses de edad que no tengan todas las vacunas completas para su edad. La vacuna no es obligatoria para los estudiantes de 5 o más años de edad. [13]Antimeningocócica: Es obligatoria a la edad de 11 años de edad o más.
[14]Virus del Papiloma Humano (VPH): Es obligatoria para los estudiantes que ingresan a sexto grado por primera vez. Se debe proporcionar al padre de familia/guardián información concerniente al virus del papiloma humano (VPH) y a la vacuna contra el VPH. El padre de familia/guardián debe firmar un formulario aprobado por el Departamento de Salud para "Negarse a recibir la vacuna".

Sección 2: Exención médica: Complete esta sección si existe una contraindicación médica que impide que el niño(a) reciba una o más vacunas de manera oportuna en conformidad con la Ley 3-20 del D.C. y las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (*Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP*). Marque todas las vacunas contraindicadas y proporcione el motivo de la contraindicación. Si la exención médica es permanente, marque el espacio correspondiente. Si la exención médica es temporal, marque el espacio correspondiente e ingrese la fecha en que caduca. El proveedor médico debe firmar, escribir su nombre en letra de imprenta o sello y fechar esta sección.

Sección 3: Prueba alternativa de inmunidad: Complete esta sección si se usaron pruebas serológicas de inmunidad como prueba de inmunidad. Marque la(s) vacuna(s) para las cual(es) se obtuvieron pruebas de inmunidad. Adjunte una copia de los resultados de la prueba de inmunidad. El proveedor médico debe firmar, escribir su nombre en letra de imprenta o sello y fechar esta sección.