

Departamento de Servicios de Salud del Condado El Dorado

Forma para determinar si califica para la vacuna Tdap (VFC)

Su hijo(a) podría ser elegible para recibir la vacuna del Tétano, Difteria y Tos ferina (Tdap) sin costo alguno, en la clínica de la escuela. **Por favor revise la información en las páginas adjuntas y conteste todas las preguntas lo más correctamente posible. Firme y regrese todas las formas al personal de la escuela lo más pronto posible. Con su autorización la vacuna del Tdap se le aplicara a su hijo de acuerdo a su estado de salud y si califica para el VFC (vacunas Para Niños en sus siglas en Ingles)**

- Una nueva ley (AB354) exige que todos los estudiantes que ingresen a los grados del 7 al 12 muestren un documento oficial donde comprueben que han recibido la vacuna del Tdap antes del ciclo escolar 2011-12.
- La vacuna del Tétano, Difteria y Tos ferina generalmente se administra a niños de 10 años y mayores
- Su hijo(a) tuvo que recibir la vacuna del Tdap a la edad de 7 años o después para cumplir con los requerimientos de la nueva ley.
- La vacuna de la Difteria, Tétano y Tos ferina (DtaP) es la versión pediátrica que se administra a los niños desde recién nacidos hasta la edad de 6 años. Su hijo(a) aun requiere la administración de la vacuna del Tdap para entrar a la escuela como se menciona anteriormente sin importar si ya recibió la vacuna DTaP.
- Si su hijo(a) ya recibió la vacuna del Tdap a los 7 años o después, lleve el comprobante a su escuela para comprobar que su hijo(a) ya cumplió con los requerimientos necesarios.

Gracias por su cooperación para este servicio de Salud Publica.

Por favor escriba claro:

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

ELIGIBILIDAD PARA EL VFC: MARQUE LA(S) COBERTURA QUE TIENE SU HIJO(A)

<input type="checkbox"/>	Mi hijo(a) tiene Medi-Cal
<input type="checkbox"/>	Mi hijo(a) recibe servicio por el Programa de Salud y Prevención de Incapacidad (CHDP)
<input type="checkbox"/>	Mi hijo(a) no cuenta con Seguro Medico o Healthy Families.
<input type="checkbox"/>	Las vacunas de mi hijo(a) no son cubiertas por mi Seguro de salud.
<input type="checkbox"/>	Mi hijo es descendiente de Indio Americano o Nativo de Alaska.

Yo entiendo que dependiendo del historial de salud de mi hijo(a) y elegibilidad del programa VFC mi hijo(a) puede o no recibir la vacuna del Tdap durante la clínica de vacunación de la escuela.

SI USTED MARCO ALGUNA DE LAS PREGUNTAS DE ARRIBA, SU HIJO ES ELEGIBLE PARA EL VFC

TODAS LAS FORMAS TIENEN QUE SER REGRESADAS A LA ESCUELA EL 18 DE MARZO PARA QUE SU HIJO PUEDA RECIBIR LA VACUNA EN LA ESCUELA.

Si su respuestas fue NO a todas las preguntas de arriba PARE AQUÍ!