

1 de mayo, 2017

Estimados Padres/Tutores Voluntarios:

El Código de Salud y Seguridad del Departamento de Servicios Sociales de California (Sección 1596.7995) prohíbe ahora que una persona sea empleada o voluntaria en nuestros salones del Programa Preescolar del Estado de California (CSPP por sus siglas en inglés) sin evidencia de las siguientes vacunas requeridas:

- ✓ Influenza/gripe (entre el 1.º de agosto y el 1.º de diciembre de cada año)
- ✓ Pertussis/tos ferina (Tdap)
- ✓ Sarampión (MMR)

Por favor complete y envíe la documentación requerida a la Oficina Administrativa de Pre kínder Estatal del BCSD, ubicada en el 1111 - 10th Street, para cada voluntario adulto de salón de clases con los formularios de inscripción 2017-18 de su niño/a. Para formularios adicionales, favor de contactar al maestro/a de su niño/a o la Oficina Administrativa de Pre kínder Estatal.

Cualquier voluntario que no haya cumplido este requisito, no se le permitirá ser voluntario en nuestros salones y retrasará la inscripción de su niño/a en el Programa de Pre kínder Estatal. Por su acuerdo de inscripción firmado, la participación de los padres es una parte esencial de la construcción de la sociedad entre casa y escuela para nuestros estudiantes más jóvenes.

¿Dónde puedo obtener inmunizaciones para adultos?

- Revise sus registros médicos o de inmunización primero; es posible que ya haya recibido las vacunas requeridas. Acuda a <http://cairweb.org/wheres-my-immunization-record/> para obtener más información sobre la localización de los registros.
- Consulte con su proveedor de atención médica habitual para obtener las vacunas necesarias.
- Su [farmacia local https://vaccinefinder.org/](https://vaccinefinder.org/) también puede administrar la vacuna de la tos ferina (Tdap) y otras vacunas, ya sea cubiertas por su plan de salud o por un costo.
- Muchos [departamentos de salud locales](#) ofrecen vacunas a un costo muy bajo.
- ¡Si no tiene un proveedor de atención médica, obtenga uno! Si no tiene seguro, haga una cita en un [Centro de Salud Certificado Federalmente](#) (FQHC, por sus siglas en inglés), una Clínica de Salud Rural (RHC por sus siglas en inglés), o una clínica comunitaria para sus vacunas.

Para obtener más información y/o aclaraciones, no dude en ponerse en contacto con la Oficina Administrativa de Pre kínder Estatal en la dirección y/o número de teléfono arriba.

Gracias por su colaboración en la educación temprana de su niño/a.

Atentamente,

Storiann Camps, Coordinadora
Distrito Escolar de la Ciudad de Bakersfield
Programa de Prekínder Estatal

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE BAKERSFIELD
FORMULARIO DE INMUNIZACIÓN 2016-17
https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201520160SB792

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Escuela de Pre Kínder: _____

Posición: _____

Nombre del niño(a) en pre kínder: _____

Favor de seleccionar una de las siguientes:

- Inmunización completada**
He sido inmunizado por un proveedor médico con licencia de California contra cada una de las siguientes enfermedades: Influenza (entre el 1 de agosto y el 1 de diciembre de cada año), tos ferina/Pertussis (Tdap), y sarampión (MMR). Adjunto está una copia de mi registro de inmunización como prueba de mi vacunación.
- Exento de la Inmunización**
No he sido inmunizado por un proveedor médico con licencia de California contra cualquiera o todas las siguientes enfermedades: Influenza (entre el 1 de agosto y el 1 de diciembre de cada año), tos ferina/Pertussis (Tdap) y sarampión (MMR). Creo que estoy exento de inmunización por las siguientes razones: (Por favor, seleccione todas las opciones aplicables.)
- Exención de Salud:** No puedo recibir inmunización de manera segura para la(s) enfermedad(es) (especifique) _____ debido a mi condición física y/o circunstancias médicas. Se adjunta una **declaración escrita de un médico con licencia de California** que lo declara. Entiendo que el Distrito no está buscando un diagnóstico u otra información confidencial con respecto a mi salud o antecedentes médicos, pero sólo está buscando una declaración de un proveedor médico calificado que satisfaga los criterios para esta exención, según lo requiere la ley de California).
- Exención por Inmunidad Actual:** No necesito inmunización para la(s) enfermedad(es) (especifique) _____ porque tengo inmunidad actual. Se adjunta una **declaración escrita de un médico con licencia de California** que lo declara. Entiendo que el Distrito no está buscando un diagnóstico u otra información confidencial con respecto a mi salud o antecedentes médicos, pero sólo está buscando una declaración de un proveedor médico calificado que cumpla con los criterios para esta exención, según lo requiere la ley de California.
- Vacuna contra la Gripe Rechazada:** No deseo recibir la vacuna contra la gripe. Al hacer esta selección, declaro que estoy rechazando la vacuna contra la gripe en este momento.

- Vacuna de la Gripe No Requerida:** El requisito de vacunación contra la gripe no se aplica a mí porque fui contratado en algún momento entre el 1 de diciembre de 2015 y el 1 de agosto de 2016. Entiendo que esta exención se aplica sólo al requisito de inmunización para la gripe, no para la tosferina y el sarampión y sólo durante el primer año de mi empleo y/o servicio voluntario.

Yo certifico (o declaro) bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que toda la información contenida en este documento, así como toda la documentación presentada en corroboración de la información contenida en este documento, es verdadera y correcta.

Firma: _____

Fecha: _____

Instrucciones de entrega:

Por favor complete este formulario y envíelo con todos los registros y documentación requeridos a la hora de inscripción a los siguientes:

Maestro/a de su niño/a o a la

Oficina Administrativa de Pre kínder Estatal
Distrito Escolar de la Ciudad de Bakersfield
1111 – 10th Street, Bakersfield, CA 93304
Teléfono: (661) 631-4936