**Notice of Exclusion for Immunization Noncompliance
Aviso de exclusión por incumplimiento de vacunación**

**[SAMPLE LETTER for Public Schools]**

[Insert Date DD/MM/YYYY]

Estimado/a padre/madre o tutor/a de [INSERT CHILD’S FULL NAME]:

De acuerdo a nuestros registros, su niño/a no tiene la documentación necesaria que compruebe que ha recibido las vacunas requeridas para poder asistir a la escuela y no es elegible para asistir debido a su estado condicional.

Por este motivo, **su niño/a no puede asistir a la escuela** **hasta que tengamos prueba de que ha recibido todas las vacunas requeridas** (conforme a la ley del estado de Washington RCW 28A.210.080 and rules, WAC 392-380-045 and WAC 246-105-020). **Esta exclusión empieza ahora.**

No ponerse las vacunas o dejar de recibir las dosis de vacunas aumenta la posibilidad de que su niño/a enferme o propague una enfermedad a otro niño/a.

**¿Qué vacunas necesita mi niño/a?**

El Certificado de estado de vacunación que tenemos en el archivo para su niño/a muestra que le faltan las siguientes vacunas:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  DTaP, dosis #1 | [ ]  Polio, dosis #1 | [ ]  MMR, dosis #1 | [ ]  Hep B, dosis #1 | [ ]  Hib, dosis #1 | [ ]  PCV, dosis #1 |  |
| [ ]  DTaP, dosis #2 | [ ]  Polio, dosis #2 | [ ]  MMR, dosis #2 | [ ]  Hep B, dosis #2 | [ ]  Hib, dosis #2 | [ ]  PCV, dosis #1 |  |
| [ ]  DTaP, dosis #3 | [ ]  Polio, dosis #3 |  | [ ]  Hep B, dosis #3 | [ ]  Hib, dosis #3 | [ ]  PCV, dosis #3 |  |
| [ ]  DTaP, dosis #4 | [ ]  Polio, dosis #4 | [ ]  Varicela, dosis #1 |  | [ ]  Hib, dosis #4 | [ ]  PCV, dosis #4 |  |
| [ ]  DTaP, dosis #5 |  | [ ]  Varicela, dosis #2 |  |  |  |  |
| [ ]  Tdap, dosis #1 |  |  |  |  |  |  |

[ ]  Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuándo puede mi niño/a regresar a la escuela?**

Su niño/a puede regresar a la escuela cuando usted entregue uno de los siguientes documentos:

1. Registros de vacunación que muestren que su niño/a ha recibido la/s vacuna/s faltante/s enlistada/s anteriormente; **o**
2. Documentación de un proveedor de atención médica que muestre que su hijo/a es inmune a la enfermedad, ya sea mediante un análisis de sangre o un antecedente de haber tenido la enfermedad; **o**
3. Un formulario de Certificado de exención completo afirmando que usted tiene motivos religiosos, personales o médicos para no vacunar a su niño/a.

**¿Cómo puedo apelar la decisión de excluir a mi hijo?**
De acuerdo con WAC 392-380-050, WAC 392-380-080 y WAC 392-400-465, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de excluir a su hijo de la escuela. Para apelar, debe solicitar una audiencia de esta oficina del distrito escolar dentro de los tres (3) días hábiles escolares posteriores a la recepción de esta carta. Si no solicita una audiencia dentro de los tres (3) días hábiles escolares, renuncia a su derecho a una audiencia. Puede solicitar una audiencia por escrito o preguntando en la escuela. Una audiencia determinará si su hijo/a ha recibido las vacunas adecuadas, está en proceso de vacunarse adecuadamente o tiene una exención médica, personal o religiosa.

**¿Cuánto cuestan las vacunas?**

En Washington, todo niño/a menor de 19 años puede recibir vacunas de sin costo alguno de su proveedor médico. Los proveedores pueden cobrar una cuota administrativa por visita al consultorio y otra por poner la vacuna. Si no puede pagar la cuota administrativa, puede pedirle al proveedor médico que retire o dispense el costo. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Salud de [INSERT THE NAME OF THE COUNTY THE HEALTH DEPARTMENT IS FROM AND THEIR PHONE #]

**¿En dónde obtengo más información y en dónde consigo los formularios?** Para mayor información acerca de los requisitos de vacunación, incluyendo ligas/enlaces de Internet para obtener los formularios mencionados arriba, visite [www.doh.wa.gov/SCCI](http://www.doh.wa.gov/SCCI).

Adjunto a esta carta encuentre una lista de las vacunas requeridas para la entrar escolar en Washington y una copia de las leyes y normas vigentes del estado de Washington.

Por favor llame a [INSERT SCHOOL NAME] de inmediato al [INSERT PHONE #] para obtener ayuda o más información, incluso para encontrar lugares para vacunarse.

Atentamente,

[INSERT NAME AND TITLE of SCHOOL OR DISTRICT ADMINISTRATOR]

Adjuntos:

Lista de vacunas requeridas

Horario escolar de días laborables

RCW [28A.210.080](http://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=28A.210.080)

RCW [28A.210.120](https://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=28A.210.120)

WAC [246-105-020](https://app.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=246-105-020)

WAC [246-105-080](https://app.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=246-105-080)

WAC [392-380-050](https://app.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=392-380-050)

WAC [392-380-080](https://app.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=392-380-080)

WAC [392-400-465](https://app.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=392-400-465)