**Aviso de Exclusión por Incumplimiento con la Vacunación**

**(Escuelas Públicas)**

Estimado Padre de Familia o Tutor(a) de [INSERT CHILD’S FULL NAME]:

De acuerdo a nuestros registros, su niño(a) no ha recibido recibió algunas vacunas que se requieren para asistir a la escuela. El [DATE], le enviamos una carta indicándole que podíamos permitir que su niño(a) asista temporalmente a la escuela durante 30 días siempre y cuando usted enviara la información de las vacunas de su niño(a) antes del [INSERT DATE].

No recibimos la información antes de la fecha límite. Por este motivo, **su niño(a) no puede asistir a la escuela hasta que tengamos prueba que él o ella ha recibido todas las vacunas adecuadas** (conforme a la ley del estado de Washington RCW [28A.210.080](http://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=28A.210.080) and rules, WAC [392-380-045](https://app.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=392-380-045) and WAC [246-105-080](https://app.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=246-105-080)).

**Esta exclusión empieza ahora.**

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

**¿Qué vacunas necesita mi niño(a) para regresar a la escuela?**

el Certificado de Estatus de Vacunas que tenemos en el archivo para su niño(a) muestra que le faltan las siguientes vacunas:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DTaP dose #1 | Polio dose #1 | MMR dose #1 | Hep B dose #1 | Hib dose #1 | PCV dose #1 |  |
| DTaP dose #2 | Polio dose #2 | MMR dose #2 | Hep B dose #2 | Hib dose #2 | PCV dose #1 |  |
| DTaP dose #3 | Polio dose #3 |  | Hep B dose #3 | Hib dose #3 | PCV dose #3 |  |
| DTaP dose #4 | Polio dose #4 | Varicella dose #1 |  | Hib dose #4 | PCV dose #4 |  |
| DTaP dose #5 |  | Varicella dose #2 |  |  |  |  |
| Tdap dose #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 las vacunas que le faltaban

**O**

1. Un formulario del Certificado de Exclusión completo afirmando que usted tiene motivos religiosos, personales o médicos para no vacunar a su niño(a).

**¿Cuánto cuestan las vacunas?**

En Washington, todo niño(a) menor de 19 años puede recibir vacunas en forma gratuita de su proveedor médico. Los proveedores pueden cobrar la cuota de la consulta y la cuota por poner la vacuna, llamada cuota administrativa. Si no puede pagar la cuota administrativa, puede pedirle al proveedor médico que retire el costo.

**¿En dónde obtengo más información? ¿En dónde consigo formularios?** Para mayor información acerca de los requisitos de vacunación, incluyendo enlaces en Internet para obtener los formularios mencionados arriba, visite <https://www.doh.wa.gov/CommunityandEnvironment/Schools/Immunization>.

Puede llamarnos al [INSERT PHONE #] para obtener ayuda o más información.

Adjunto a esta carta una lista de las vacunas que se requieren para entrar a la escuela en Washington y una copia de la leyes y normas vigentes del estado de Washington.

Por favor llame a la escuela de inmediato al [INSERT PHONE] para obtener ayuda o más información.

Atentamente,

,

[INSERT NAME AND TITLE OF EMPLOYEE AND NAME OF SCHOOL]

Adjuntos:

Lista de Vacunas Requeridas

Horario de días laborables de la escuela

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 [180-38-045](https://app.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=180-38-045)

WAC [180-38-050](https://app.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=180-38-050)