



# SEPTIEMBRE DE 2014

## REQUISITOS DE SALUD PARA LOS ALUMNOS QUE INGRESAN A UNA ESCUELA NUEVA

(ESCUELAS PÚBLICAS, PRIVADAS, PARROQUIALES Y CENTROS DE GUARDERÍAS INFANTILES Y ESCUELAS)

**TODOS LOS ESTUDIANTES QUE INGRESAN POR PRIMERA VEZ A UNA ESCUELA DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK DEBEN SOMETERSE A UN EXAMEN MÉDICO COMPLETO Y A TODAS LAS VACUNAS OBLIGATORIAS.**

Este examen médico general debe documentarse en un formulario de Examen de Salud del Niño y el Adolescente (*Child Adolescent Health Examination Form, CH205*) y debe incluir lo siguiente:

|                 |               |                  |                               |                         |
|-----------------|---------------|------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Peso            | Altura        | Presión arterial | Índice de masa corporal (BMI) | Examen de la vista      |
| Examen auditivo | Examen dental | Historia clínica | Evaluación del desarrollo     | Evaluación de nutrición |

El examen CH-205 se debe realizar el 1.º de abril o después del año de ingreso a la escuela. No se aceptarán los exámenes que se hayan realizado antes del 1.º de abril del año de ingreso. Los formularios CH-205 que se pueden completar y que incluyen los historiales de vacunación automáticamente preconfigurados con los datos del estudiante se encuentran disponibles en el Registro de inmunización de la Ciudad de Nueva York (CIR). Los alumnos que hayan cursado prekínder y que ingresen a kínder deben entregar un nuevo formulario CH-205.

### Examen obligatorio para la guardería únicamente

| Examen                                | Información obligatoria  |
|---------------------------------------|--|
| Examen de anemia                      | Hematocrito y hemoglobina  |
| Examen principal, evaluación y prueba | <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los niños menores de 6 años deben ser evaluados anualmente para evitar el riesgo de exposición al plomo.</li> <li>Deben someterse a un examen de sangre para detectar el plomo los niños con edades entre 1 y 2 años Y otros niños hasta los 6 años en riesgo de exposición al plomo O que no tengan prueba de haberse hecho el examen.</li> <li>Para obtener más información, comuníquese con el programa para prevenir el envenenamiento con plomo, llamando al 311.</li> </ul> |

## REQUISITOS DE INMUNIZACIONES PARA EL CICLO ESCOLAR 2014-2015

Los siguientes requisitos de inmunización son obligatorios según la ley para todos los alumnos entre las edades de dos meses y dieciocho años. Habrá que excluir de la escuela a los niños que no cumplan con estos requisitos.

El expediente de inmunizaciones se considera completo solo si tiene todas las vacunas que figuran a continuación. El historial de vacunación deberá ser evaluado de acuerdo al grado en que asiste el niño durante este año escolar.

### REQUISITOS PROVISIONALES

Los nuevos alumnos pueden ingresar a la escuela de forma provisional con documentación de al menos la serie inicial de vacunas. Una vez admitidas de forma provisional, las vacunas siguientes se deben administrar de acuerdo con el horario de recuperación del Comité de Asesoría para las Prácticas de Inmunización (ACIP) para que se pueda considerar al niño 'en procedimiento' y que pueda permanecer en la escuela (consulte el enlace <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/catchup.html> para ver el horario). No se aceptan horarios alternativos. Para cumplir con la ley, los alumnos deben completar toda la serie. Los estudiantes que no hayan sido vacunados dentro del período provisional deben recibir cartas de exclusión y quedarán fuera de la escuela hasta que cumplan con los requisitos.

| GUARDERÍA/PRE-KÍNDER  | N.º DE DOSIS |
|---|--------------|
| DTaP (difteria-tétano-pertusis acelular)  |              |
| O DTP (difteria-tétano-pertusis) .....  | 1            |
| IPV (virus de polio inactivado) o OPV (virus de polio oral) .....   | 1            |
| MMR (sarampión-papera-rubeola) .....  | 1            |
| El día del 1.º cumpleaños o después.  |              |
| Hib (tipo Haemophilus influenzae b) .....   | 1            |
| Hepatitis B .....   | 1            |
| Varicela .....  | 1            |
| El día del 1.º cumpleaños o después.  |              |
| Vacuna antineumocócica conjugada (PCV) .....  | 1            |
| Influenza .....   | 1            |
| Según su historial de vacunación contra la gripe, algunos niños pueden necesitar 2 dosis de vacuna contra la gripe. |              |

| GUARDERÍA/PRE-KÍNDER                             | N.º DE DOSIS |
|--|--------------|
| DTaP, DTP, DT, Td (tétano-difteria) O            |              |
| Tdap (tétano-difteria-pertusis acelular) .....   | 1            |
| Tipo de vacuna según se recomiende para la edad. |              |
| Tdap .....                                       | 1            |
| IPV o OPV .....                                  | 1            |
| MMR .....  | 1            |
| El día del 1.º cumpleaños o después.             |              |
| Hepatitis B .....                                | 1            |
| Varicela .....                                   | 1            |
| El día del 1.º cumpleaños o después.             |              |

# CUMPLIMIENTO PLENO

Ciclo escolar 2014-15

## Requisitos del estado de Nueva York para el ingreso a la escuela o la asistencia a clases<sup>1</sup>

**NOTAS:** El número de dosis de vacunas obligatorias depende del horario que recomienda el Comité asesor para las prácticas de inmunización (ACIP).

Este horario refleja las dosis mínimas que se requieren para los grados de kínder a 12.º. Los intervalos entre las dosis de vacunas deben coincidir con el horario de vacunación recomendado por el ACIP para las personas de 0 a 18 años de edad. Vea las notas a pie de página para consultar la información específica para cada vacuna.

| <b>CUMPLIMIENTO PLENO</b>   |  |  |  |   |                             |
|---|--|--|--|---|-----------------------------|
| VACUNAS   | PRE-KÍNDER<br>(guardería, programa <i>Head Start</i> ,<br>jardín de infantes o pre-kínder)   | KÍNDER   | Del 1.º al 5.º GRADO   | 6.º GRADO   | Del<br>7.º al 12.º<br>GRADO |
| Vacuna con toxoide tetánico y anti difteria (DTaP/DPT/Tdap)                                       | 4 dosis  | 4 a 5 dosis<br>Si la cuarta dosis de DTaP fue administrada a los 4 años o después, la quinta dosis (refuerzo) no es necesaria.   | 4 a 5 dosis<br>Si la cuarta dosis de DTaP fue administrada a los 4 años o después, la quinta dosis (refuerzo) no es necesaria.   | 3 dosis   | 3 dosis                     |
| Vacuna con toxoide tetánico y anti difteria y refuerzo para la vacuna contra la tos ferina (Tdap) | No corresponde   | No corresponde   | No corresponde   | 1 dosis   | 1 dosis                     |
| Polio (IPV/OPV)   | 3 dosis  | 3 a 4 dosis<br>Si se administraron 4 o más dosis antes de los cuatro años, se debe recibir una dosis adicional a los 4 años y hasta los 6 años. Para los niños de 4 años o mayor quienes hayan recibido previamente menos de 3 dosis, se requiere un total de 3 dosis. Si se administraron tanto OPV como IPV como parte de una serie, se debe recibir un total de 4 dosis, independientemente de la edad actual del niño. | 3 a 4 dosis<br>Si se administraron 4 o más dosis antes de los cuatro años, se debe recibir una dosis adicional a los 4 años y hasta los 6 años. Para los niños de 4 años o mayor quienes hayan recibido previamente menos de 3 dosis, se requiere un total de 3 dosis. Si se administraron tanto OPV como IPV como parte de una serie, se debe recibir un total de 4 dosis, independientemente de la edad actual del niño. | 3 a 4 dosis<br>Para los niños de 4 años o mayor quienes hayan recibido previamente menos de 3 dosis, se requiere un total de 3 dosis. Si se administraron tanto OPV como IPV como parte de una serie, se debe recibir un total de 4 dosis, independientemente de la edad actual del niño. | 3 dosis                     |
| Sarampión, paperas y rubéola (MMR)  | 1 dosis  | 1 dosis<br>El día del primer cumpleaños o después; se requiere una segunda dosis a la edad de 7 años.  | 2 dosis  | 2 dosis   | 2 dosis                     |
| Hepatitis B   | 3 dosis  | 3 dosis  | 3 dosis  | 3 dosis   | 3 dosis                     |
| Varicela ( <i>Chickenpox</i> )  | 1 dosis  | 2 dosis  | 1 dosis  | 2 dosis   | 1 dosis                     |
| Vacuna anti <i>Haemophilus influenza</i> tipo b (Hib)   | 1 a 4 dosis<br>El número de dosis depende de la edad del niño en la primera dosis; si tiene preguntas, consulte a su médico.   | No corresponde   | No corresponde   | No corresponde  | No corresponde              |
| Vacuna neumocócica conjugada (PCV)  | 1 a 4 dosis<br>El número de dosis depende de la edad del niño en la primera dosis; si tiene preguntas, consulte a su médico.   | No corresponde   | No corresponde   | No corresponde  | No corresponde              |
| Influenza   | 1 dosis<br>Todos los niños que tengan 6 y 59 meses y que estén inscritos en programas de pre-kínder regulados por los Artículos 43 y 47 (centros de cuidado infantil, programas preescolares estatales <i>Head Start</i> , guarderías o programas de pre-kínder) deben recibir una dosis de vacuna contra la gripe entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de cada ciclo escolar. Algunos niños pueden necesitar 2 dosis de vacuna contra la gripe, según su historia de vacunación anterior. | No corresponde   | No corresponde   | No corresponde  | No corresponde              |

**Aviso a los padres:** El horario que figura antes es el requisito para los alumnos que empiecen a recibir sus vacunas en la infancia. Hay diferentes requisitos para los alumnos que hayan empezado sus vacunas a una edad mayor. Si tiene preguntas, comuníquese con su médico.

- Se acepta una prueba serológica demostrada de sarampión, paperas, rubéola, hepatitis B, varicela o anticuerpos de polio (para la totalidad de los tres serotipos) como prueba de inmunidad a estas enfermedades. Se acepta un diagnóstico realizado por un médico, asistente de médico o enfermero especialista (NP) indicando que un niño haya tenido una enfermedad de varicela como prueba de inmunidad a la varicela.
- Las notas a pie de página reflejan las actualizaciones a la fecha de abril de 2014. Consulte el sitio web <http://www.health.ny.gov/prevention/immunization/schools/> para consultar la información actualizada y las preguntas más frecuentes (FAQ).

Para obtener más información, por favor comuníquese con:

New York State Department of Health, Bureau of Immunization, Room 649, Corning Tower ESP, Albany, NY 12237, (518) 473-4437.

New York City Department of Health and Mental Hygiene, Program Support Unit, Bureau of Immunization, 42-09 28th Street, 5th Floor, Long Island City, NY 11101, (347) 396-2433.

T&I 21393

SH-65 (Rev. 6/14)

Office of School Health Citywide Contact Number (all Districts)

(347) 396-4597 • (347) 396-4503