AVISO DE LOS REQUISITOS DE VACUNAS

EMPLEADOS DEL DISTRITO ESCOLAR, SUBSITTUTAS, VOLUNTARIOS Y PROVEEDORES DE CASAS DE CUIDADO INFANTIL FAMILIAR

ESTIMADO EMPLEADO, SUBSTITUTO, VOLUNTARIO O PROVEEDOR DE CASA DE CUIDADO INFANTIL:

Una ley reciente (SB 792) ha resultado en cambios en los códigos de Salud y Seguridad bajo los cuales los programas de Desarrollo Infantil son conducidos.

La nueva ley requiere que todos los empleados, voluntarios, proveedores, asistentes y substitutos en centros y casas de cuidado infantil familiar presenten comprobantes al distrito antes del 1 de septiembre del 2016 de haber recibido las siguientes vacunas:

* Pertusis (Tos Ferina) la cual es regularmente incluida en la vacuna TDAP. TDAP es la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina. La mayoría de los adultos reciben la vacuna TDAP al menos cada 10 años por eso tal vez usted ya esté al corriente con esta vacuna.
* Sarampión, la cual es regularmente incluida en la vacuna MMR. MMR es la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubeola. Usted probablemente recibió esta vacuna cuando era niño/a y si usted tiene su registro de vacunas, no la necesitará de nuevo.
* La vacuna antigripal es también requerida, pero usted puede decidir si la toma o no y firmar una exención. El no recibir la vacuna antigripal, pone a usted en riesgo de contraer la enfermedad, faltar al trabajo, o pasar el virus a otros.

**Próximos Pasos:**

1. Lleve esta carta a su médico familiar o clínica y pregunte si usted está al corriente con las vacunas Tdap y MMR.
2. Si usted está al corriente, pida que le completen la forma al reverso de esta carta y regrésela al programa antes del 1 de septiembre del 2016.
3. Si usted no está al corriente, obtenga las vacunas necesarias, pida que le completen la forma al reverso y regrésela al programa antes del 1 de septiembre.
4. Si usted tiene problemas médicos que le previenen de recibir las vacunas, usted debe obtener una Exención Médica. Usted puede pedir a su doctor que complete la forma al reverso con su exención médica y regrésela al programa antes del 1 de septiembre.
5. Si usted no desea obtener la vacuna antigripal, usted puede firmar la forma al reverso y regresarla al programa antes del 1 de septiembre.
6. NOTA: Si usted fue empleado o contratado después del 1 de diciembre del año pasado y antes del 1 de agosto del año actual, usted está exento, libre o dispensado de la vacuna antigripal.

LAS VACUNAS ESTAN DISPONIBLES EN LA OFICINA DE SU DOCTOR

O EN LAS CLINICAS ENLISTADAS ABAJO:

Salud para la Gente 728-0222 Watsonville Health Center 763-8400 Santa Cruz Health Clinic 454-4100

*Por favor llame a los números de teléfono enlistados para hacer una cita o verificar las horas y días de servicio.*

Si usted no tiene seguro o las vacunas no son cubiertas por su seguro, las vacunas son gratis en la clínica del departamento de salud, y solamente tendría que pagar el **costo de administración de $15.** Para recibir información correcta del costo de las vacunas, llame a la oficina administrativa al (831) 454-4144.

**PHYSICAN INFORMATION AND SIGNATURE FORM**

 **IMMUNIZATION REQUIREMENTS FOR EMPLOYEES, SUBSTITUTES, FCCH PROVIDERS, ASSISTANTS AND VOLUNTEERS**

Dear Licensed Medical Provider; Date:

Recent legislation (SB 792) has resulted in changes to the Health and Safety Codes under which child development programs operate. The new law requires all employees and volunteers in childcare centers and family daycare homes to provide proof to the district of having received the following vaccines before September 1, 2016: Measles (MMR), Pertussis (TDAP), and Influenza.

**🙮**Guidelines for Medical providers:

1. An employee hired after December 1, of the previous year and before August 1, of the current year is exempt from the influenza vaccine.
2. If the employee does not want to get **the influenza vaccine**, they can sign in the corresponding section of this form and submit it to the district. There is **NO** exemption, other than medical, for the measles and pertussis vaccines.
3. Employees with health problems that prevent them from receiving vaccines, must obtain a **Medical Exemption** from a licensed physician. The form below must be completed by a physician, specifying which vaccines are being exempted. Documentation by a physician is also required if the employee has immunity to the diseases covered by the vaccines, either from previous vaccination or having had the disease.

Name \_\_\_ Birthdate Employee Provider/Assistant Volunteer

Location of childcare employment: ***Pajaro Valley Unified School District/Migrant & Seasonal Head Start***

**🙮Medical Provider: Please provide documentation and date of required vaccine(s):**

**TDAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MMR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Influenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (must be between Aug 1 and Dec 1 of current year)**

***Employee/Provider/Assistant or Volunteer: Sign here if you are declining flu vaccine for personal reasons:***

**Signature: Date:**

**🙮MEDICAL EXEMPTION (Only if needed)**

 **TDAP MMR Influenza**

Exemption given by: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (signature must be MD or DO) Date

**PRINT IMMUNIZING DOCTOR OR CLINIC NAME:**

SIGNATURE/STAMP

Form Rev 3/17/17

**For MSHS Office use only**

**Vaccine verified by:**

**Notes:**