



## FRANDELJA ENRICHMENT CENTER

### FORMULARIO DE VACUNAS PARA EMPLEADOS

*Todos los adultos empleados o voluntarios mayores de dieciocho años deberán tener las vacunas MMR, TDAP y contra la influenza o rechazar la vacuna contra la influenza para poder brindar cuidado y supervisión a los niños en cuidado grupal. Todas las vacunas deben mantenerse al día para trabajar en centros de cuidado infantil. Puede ofrecer un registro de vacunación que muestre la siguiente información. Sin embargo, necesitamos pruebas de que las vacunas requeridas están al día.*

Fecha: \_\_\_\_\_

#### SU INFORMACIÓN:

Nombre: \_\_\_\_\_ Título/Departamento: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Telefono de casa: \_\_\_\_\_ Telefono Celular: \_\_\_\_\_

#### VACUNAS REQUERIDAS PARA ADULTOS

##### VACUNACIÓN ACTUAL CONTRA LA TOSFERINA - Requerida

*Debe mostrar documentación de uno de los siguientes criterios (seleccione la opción e incluya la fecha de la vacunación).*

- A. Vacunación TDaP
- B. Refuerzo de 10 años/Td (tos ferina)
- C. Prueba serológica (prueba de título) para tétanos, difteria y tos ferina

Seleccione el criterio A: Fecha: \_\_\_\_\_  
Seleccione el criterio B: Fecha: \_\_\_\_\_  
Seleccione el criterio C: Fecha: \_\_\_\_\_

##### Sarampión, Paperas y Rubéola (triple triple vírica) - Requerido

*Debe mostrar documentación de uno de los siguientes criterios:*

- A. Una dosis de vacuna contra el sarampión (o triple vírica)
- B. Prueba serológica (prueba de título) para sarampión, paperas y rubéola

Seleccione el criterio A: Fecha: \_\_\_\_\_  
Seleccione el criterio B: Fecha: \_\_\_\_\_

##### PRUEBA DE TB - Requerido

*Por favor provea la siguiente información.*

Fecha de la T.B. Prueba: \_\_\_\_\_

Positivo: \_\_\_\_\_ Negativo: \_\_\_\_\_

Acción tomada (si es positiva): \_\_\_\_\_

## Vacunación contra la influenza/gripe: Requerido

Debe mostrar documentación de la opción A o firmar la renuncia proporcionada anualmente.

- A. Una dosis de vacuna contra la influenza anualmente      Seleccione el criterio A: \_\_\_\_\_  
durante la temporada de influenza recomendada (de Septiembre a Febrero)
- B. Firme la exención de influenza a continuación:      Seleccione el criterio B: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

### EXENCIÓN DE VACUNAS CONTRA LA INFLUENZA/GRIPE (REQUERIDA PARA LOS CRITERIOS B MENCIONADOS ARRIBA)

**Entiendo las recomendaciones de la compañía sobre la vacuna contra la influenza y elijo rechazar la vacuna contra la influenza para este año.**

**Además, entiendo que esta exención debe renovarse cada año.**

**Nombre Impreso del Empleado:** \_\_\_\_\_

**Firma del Empleado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## COVID-19 - Opcional

Por favor responda lo siguiente:

¿Ha recibido la vacuna COVID-19?    Sí    No

En caso afirmativo, proporcione la fecha de su vacuna/refuerzo más reciente:      Fecha: \_\_\_\_\_

## Información a dónde acudir si necesitas pagar tus vacunas a bajo costo:

El Departamento de Salud Pública de San Francisco puede ofrecer TDAP y MMR a cualquier persona mayor de 19 años que no tenga seguro o tenga un seguro insuficiente (lo que significa que su seguro no cubre las vacunas) de forma gratuita o a un costo reducido.

Llame al 1-415-554-2625 O visite su sitio web en: <https://www.sfcdc.org/aitc/aitc-regular-prices-low-cost-or-free-vaccines/low-cost-or-free-vaccines-at-aitc/>

- Vacuna COVID-19 (Moderna)
- Vacuna contra la influenza (gripe) (inyectable)
- Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR-II)
- Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Boostrix)
- Vacuna contra la varicela (Varivax)
- Neumococo 20 (Prevnar)