



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 | Seleccione el criterio A: | Fecha: _____ |
| B. Refuerzo de 10 años/Td (tos ferina) | Seleccione el criterio B: | Fecha: _____ |
| C. Prueba serológica (prueba de título) para tétanos, difteria y tos ferina | 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) | Seleccione el criterio A: | Fecha: _____ |
| B. Prueba serológica (prueba de título) para sarampión, paperas y rubéola | 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 durante la temporada de influenza recomendada (de Septiembre a Febrero) Seleccione el criterio A: Fecha: _____
- 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.sfgdcp.org/aipc/aipc-regular-prices-low-cost-or-free-vaccines/low-cost-or-free-vaccines-at-aipc/>

- 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 (Pneumovax)