****

**Dear Parent/Guardian of**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Center:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Room:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Our records show that your child needs the following immunization(s) (shots) to meet the requirements of the according to Washington State law RCW 28A.210.080 and rules, WAC 392-380-045 and WAC 246-105-020

Skipping vaccinations or missing vaccine doses makes it more likely that your child can get sick or spread an illness to another child. If immunizations are not received it could lead to exclusion of your child in the program

**Which vaccinations does my child need to get?**

The Certificate of Immunization Status we have on file for your child is missing the following vaccinations:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccine** | | | **Missing Dose(s) Marked Below** | | | | |
| Hep B |  |  | ☐ #1 | ☐#2 | ☐#3 |  |  |
| DTap |  |  | ☐#1 | ☐#2 | ☐#3 | ☐#4 | ☐#5 |
| Hib |  |  | ☐#1 | ☐#2 | ☐#3 | ☐#4 |  |
| Polio |  |  | ☐#1 | ☐#2 | ☐#3 | ☐#4 |  |
| PCV |  |  | ☐#1 | ☐#2 | ☐#3 | ☐#4 |  |
| MMR |  |  | ☐#1 | ☐#2 |  |  |  |
| Varicella |  |  | ☐#1 | ☐#2 |  |  |  |

**YOU NEED TO DO ONE OR MORE OF THE FOLLOWING IMMEDIATELY:**

1. If your child has already received all of these immunizations marked above, bring us the immunization record so that we can update our files. Your child’s record must include a date for the immunizations checked above and the doctor’s/clinic’s signature.

2. If your child has not already received all of the immunizations marked above, bring this form along with your child’s immunization record to your doctor or local health department to get the immunization(s) marked above. Bring us your child’s updated immunization record after every immunization visit until all of the required immunizations have been received.

3. If any of these immunizations were not given to your child because of medical reasons, please bring us a medical exemption form issued.

**What do vaccines cost?**

In Washington, all children under age 19 can get free vaccines from their health care provider. Providers may charge an office visit fee and a fee to give the vaccine, called an administration fee. If you cannot pay the administration fee, you can ask your health care provider to waive the cost. For more information, contact the Yakima Health District at (509)575-4040

**Where do I get more information? Where do I get forms?**

For more information about immunization requirements, including links to the forms mentioned above, visit<https://www.doh.wa.gov/SCCI>.

**Sincerely,**

Andrea Smith

Health and Nutrition Content Specialist

**Estimado padre/tutor de**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Centro:** ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Salón:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nuestros registros muestran que su hijo necesita la(s) siguiente(s) inmunización(es) (vacunas) para cumplir con los requisitos de acuerdo con la ley del Estado de Washington RCW 28A.210.080 y reglas, WAC 392-380-045 y WAC 246-105-020

Omitir vacunas o perder dosis de vacunas hace que sea más probable que su hijo se enferme o transmita una enfermedad a otro niño. Si no se reciben las vacunas, podría resultar en la exclusión de su hijo del programa.

**¿Qué vacunas necesita recibir mi hijo?**

En el certificado de estado de vacunación que tenemos archivado para su hijo faltan las siguientes vacunas:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vacuna** | | **Dosis faltantes marcadas a continuación** | | | | |
| Hep B |  | ☐ #1 | ☐#2 | ☐#3 |  |  |
| DTap |  | ☐#1 | ☐#2 | ☐#3 | ☐#4 | ☐#5 |
| Hib |  | ☐#1 | ☐#2 | ☐#3 | ☐#4 |  |
| Polio |  | ☐#1 | ☐#2 | ☐#3 | ☐#4 |  |
| PCV |  | ☐#1 | ☐#2 | ☐#3 | ☐#4 |  |
| MMR |  | ☐#1 | ☐#2 |  |  |  |
| Varicella |  | ☐#1 | ☐#2 |  |  |  |

**NECESITA HACER UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES OPCIONES INMEDIATAMENTE:**

1. Si su hijo ya recibió todas estas vacunas marcadas arriba, tráiganos el registro de vacunas para que podamos actualizar nuestros archivos. El registro de su hijo debe incluir una fecha para las vacunas marcadas anteriormente y la firma del médico/clínica.

2. Si su hijo aún no ha recibido todas las vacunas marcadas arriba, lleve este formulario junto con el registro de vacunas de su hijo a su médico o departamento de salud local para recibir las vacunas marcadas arriba. Tráiganos el registro de vacunación actualizado de su hijo después de cada visita de vacunación hasta que se hayan recibido todas las vacunas requeridas.

3. Si alguna de estas vacunas no se le administró a su hijo por razones médicas, tráiganos un formulario de exención médica emitido por su proveedor.

**¿Cuánto cuestan las vacunas?**

En Washington, todos los niños menores de 19 años pueden recibir vacunas gratuitas de su proveedor de atención médica. Los proveedores pueden cobrar una tarifa por visita al consultorio y una tarifa por administrar la vacuna, denominada tarifa de administración. Si no puede pagar la tarifa de administración, puede pedirle a su proveedor de atención médica que le exima del costo. Para obtener más información, comuníquese con el Distrito de Salud de Yakima al (509) 575-4040.

**¿Dónde obtengo más información? ¿Dónde consigo formularios?**

Para obtener más información sobre los requisitos de vacunación, incluyendo los enlaces a los formularios mencionados anteriormente, visite<https://www.doh.wa.gov/SCCI>

**Atentamente,**

Andrea Smith

Especialista en contenido de salud y nutrición.