NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Oficina de vacunación

Encuesta sobre vacunación en guarderías familiares grupales

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE GUARDERÍA FAMILIAR GRUPAL _____

NOMBRE DE LA GUARDERÍA FAMILIAR GRUPAL: _____

DIRECCIÓN DE LA GUARDERÍA FAMILIAR GRUPAL: _____

Si la información anterior preimpresa es incorrecta, escriba aquí el nombre o la dirección correctos:

_____

_____

¿Este centro se ha cerrado (de forma permanente o temporal)? _____

Fecha de vencimiento: **5 de mayo**

Por la Sección 2164 de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York se exige que se complete este formulario. Las instrucciones para completar la encuesta se encuentran en el paquete de la encuesta.

NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

1 ☐☐ Número total de niños
2 ☐☐ Niños sin registro de vacunación
3 ☐☐ Exención médica
4 ☐☐ Exención religiosa
5 ☐☐ Difteria, tétanos y tosferina (DTaP)
6 ☐☐ Poliomielitis
7 ☐☐ Haemophilus influenzae tipo b
8 ☐☐ Hepatitis B
9 ☐☐ Enfermedades neumocócicas
10 ☐☐ Vacunación completa
11 ☐☐ En proceso

NIÑOS DE 1 AÑO O MAYORES

1 ☐☐ Número total de niños
2 ☐☐ Niños sin registro de vacunación
3 ☐☐ Exención médica
4 ☐☐ Exención religiosa
5 ☐☐ Difteria, tétanos y tosferina (DTaP)
6 ☐☐ Poliomielitis
7 ☐☐ Sarampión, paperas y rubéola (MMR)
8 ☐☐ Haemophilus influenzae tipo b
9 ☐☐ Hepatitis B
10 ☐☐ Varicela
11 ☐☐ Enfermedades neumocócicas
12 ☐☐ Vacunación completa
13 ☐☐ En proceso

Persona de contacto en el Centro: _____ Número de teléfono fijo o celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de fax: _____

Certifico que los datos están completos y son precisos, a mi leal saber y entender.

Nombre del propietario o administrador del centro: _____

Firma del propietario o administrador: _____ Fecha: _____