

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N.º de identificación del estudiante \_\_\_\_\_  
 Mes Día Año

N.º de teléfono \_\_\_\_\_ Operador de telefonía móvil \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**REQUISITOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE DAYTON (UNIVERSITY OF DAYTON)**

**Obligatorio por la ley de Ohio y/o la Universidad de Dayton. CARGUE los formularios al portal del estudiante: myhealth.udayton.edu.**

300 College Park | Dayton, OH 45469-0900 | Fax: 937-229-3107

Si tiene preguntas relacionadas con los requisitos de salud, visite las preguntas frecuentes (FAQ): go.udayton.edu/healthcenter o envíenos un correo electrónico a healthcenter@udayton.edu.

**REQUERIDO:** (se debe enviar la información para evitar una retención médica en el registro de la próxima clase y un cargo por retraso de \$50)  
**Fecha límite: 7 de junio para el semestre de otoño, 1 de enero para el semestre de primavera.**

**VACUNA CONTRA MMR (sarampión, paperas, rubéola):** Se requieren dos dosis para todos los estudiantes nacidos en 1957 o posteriormente.  
 Dosis 1 administrada a los 12 meses o posteriormente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Dosis 2 administrada al menos 28 días después de la primera dosis \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Mes Día Año Mes Día Año

\*La prueba de los resultados positivos del título de MMR también satisface el requisito para MMR (adjunte los informes de laboratorio).

\*Si desea solicitar una exención, envíe un correo electrónico a [healthcenter@udayton.edu](mailto:healthcenter@udayton.edu) para recibir un formulario de solicitud de exención.

**CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA** (firma, sello **SOLAMENTE** necesario si no se adjuntan los registros oficiales de vacunación)

Nombre/cargo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

**SE RECOMIENDA ENCARECIDAMENTE:**

**VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B:**  
 N.º 1 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N.º 2 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N.º 3 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Mes Día Año Mes Día Año Mes Día Año

**VACUNA CONTRA LA MENINGITIS ACWY:** (Al menos una dosis a la edad de 16 años)  Menactra  Menveo  MenQuadfi  
 Dosis N.º 1 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Dosis N.º 2 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Mes Día Año Mes Día Año

**VACUNA CONTRA LA MENINGITIS B:**  
 Bexsero  Trumenba  
 Dosis N.º 1 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Dosis N.º 2 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Mes Día Año Mes Día Año

**VACUNA CONTRA LA COVID-19 (aprobada por la OMS):**  
 Moderna  Pfizer  Novavax  J&J/Janssen  
 Serie primaria y todos los refuerzos recomendados \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Mes Día Año Mes Día Año Mes Día Año

**SE RECOMIENDA:**

**VACUNA CONTRA Tdap (tétanos, difteria, pertussis):**  
 Refuerzo más reciente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Mes Día Año

**VACUNA CONTRA LA HEPATITIS A:**  
 N.º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Mes Día Año Mes Día Año

**VARICELA:**  
 N.º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Mes Día Año Mes Día Año

**VACUNA CONTRA EL VPH (virus del papiloma humano):**  
 N.º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Mes Día Año Mes Día Año Mes Día Año

**POLIO (4 o 5):**  
 N.º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Mes Día Año Mes Día Año Mes Día Año

**VACUNA CONTRA LA GRIPE ESTACIONAL (solo la vacuna más reciente):**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Mes Día Año

El Estado de Ohio exige que todos los estudiantes que planean vivir en el campus revelen si han sido vacunados contra la meningitis y la hepatitis B o que firmen la declaración de divulgación de vacuna a continuación.

- He leído la información sobre el virus de la hepatitis B y la enfermedad meningocócica en [odh.ohio.gov/know-our-programs/immunization/recommended-vaccines-college-students](http://odh.ohio.gov/know-our-programs/immunization/recommended-vaccines-college-students). Entiendo el riesgo de no recibir la vacuna y he decidido rechazar la vacunación en este momento. Marque el círculo y firme.
- Marque el círculo si no reside en una vivienda de la universidad.

Firma del estudiante (obligatorio) \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_

Padre/madre o tutor legal (si es menor de 18 años) \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_

**OBLIGATORIO – CUESTIONARIO SOBRE TUBERCULOSIS (TB): Complete TODAS las preguntas y envíe.**

1. ¿Ha tenido alguna vez contacto cercano con personas conocidas o sospechosas de tener TB activa?  Sí  No
2. ¿Ha sido residente o empleado en un entorno de alto riesgo (por ej., una institución correccional, un establecimiento de cuidados a largo plazo o un albergue para personas sin hogar)?  Sí  No
3. ¿Ha sido un voluntario o trabajador de atención médica que atendió a clientes con mayor riesgo de contraer TB activa?  Sí  No  
De ser así, explique. \_\_\_\_\_
4. ¿Ha sido alguna vez miembro de alguno de los siguientes grupos que pueden tener una mayor incidencia de infección por M. tuberculosis latente o TB activa: falta de atención médica, bajos ingresos o abuso de drogas o alcohol?  Sí  No
5. ¿Nació en uno de los siguientes países que tienen una alta incidencia de tuberculosis activa o ha realizado visitas prolongadas (más de un mes)\* a uno o más de los siguientes países?  Sí  No  
(Si la respuesta es “Sí”, marque con un CÍRCULO el país)  Sí  No

\*La importancia de la exposición durante el viaje debe ser discutida con un proveedor de atención médica y evaluada.

Afganistán	Colombia	Honduras	Birmania	Sudáfrica
Argelia	Comoras	India	Namibia	Sudán del Sur
Angola	Congo	Indonesia	Nauru	Sri Lanka
Anguila	Costa de Marfil	Irak	Nepal	Sudán
Argentina	República Popular Democrática de Corea	Kazajistán	Nicaragua	Surinam
Armenia	República Democrática del Congo	Kenia	Níger	Suazilandia
Azerbaiyán	Yibuti	Kiribati	Nigeria	Tayikistán
Bangladesh	República Dominicana	Kuwait	Islas Marianas del Norte	Tanzania (República Unida de)
Bielorrusia	Ecuador	Kirguistán	Pakistán	Tailandia
Belice	El Salvador	República Popular Democrática de Laos	Palaos	Timor Oriental
Benín	Guinea Ecuatorial	Letonia	Panamá	Togo
Bután	Eritrea	Lesoto	Papúa Nueva Guinea	Túnez
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Esuatini	Liberia	Paraguay	Turkmenistán
Botsuana	Etiopía	Libia	Perú	Tuvalu
Brasil	Fiyi	Lituania	Filipinas	Uganda
Brunéi Darussalam	Polinesia francesa	Madagascar	Catar	Ucrania
Bulgaria	Gabón	Malawi	República de Corea	Uruguay
Burkina Faso	Gambia	Malasia	República de Moldavia	Uzbekistán
Burundi	Georgia	Maldivas	Rumania	Vanuatu
Cabo Verde	Ghana	Mali	Federación Rusa	Venezuela (República Bolivariana de)
Camboya	Groenlandia	Islas Marshall	Ruanda	Vietnam
Camerún	Guam	Mauritania	Santo Tome y Príncipe	Yemen
República Centroafricana	Guatemala	México	Senegal	Zambia
Chad	Guinea	Micronesia (Estados Federados de)	Sierra Leona	Zimbabue
China	Guinea-Bisáu	Mongolia	Singapur	
China, Hong Kong	Guyana	Marruecos	Islas Salomón	
China, Macao	Haití	Mozambique	Somalia	

**SI RESPONDIÓ “SÍ” A LA TB EN LAS PREGUNTAS 1 A 5 O MARCÓ CON UN CÍRCULO UNO O MÁS DE LOS PAÍSES ANTERIORES:**

- Sométase a una prueba cutánea de tuberculina o un análisis de sangre de TB (Quantiferon Gold o T-Spot).
- Un proveedor de atención médica con licencia de los EE. UU. debe realizar las pruebas dentro de los seis meses previos a la asistencia inicial. Debe ADJUNTAR LOS RESULTADOS.
- La interpretación de la prueba cutánea de TB se debe basar en los mm de induración además del factor de riesgo. Un resultado positivo o límite de la prueba Quantiferon Gold o T-Spot requiere una radiografía de tórax. Si obtiene un resultado positivo en la prueba cutánea de TB o análisis de sangre de TB, adjunte una radiografía de tórax, el informe del laboratorio o el tratamiento contra la TB.
- Los estudiantes pueden someterse a las pruebas en el Centro de Salud Estudiantil al llegar.