

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

N.º de teléfono \_\_\_\_\_ 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.**  
 300 College Park | Dayton, OH 45469-0900 | Teléfono: 937-229-3131 | Fax: 937-229-3107 | myhealth.udayton.edu

**OBLIGATORIO:** (La información se debe enviar para evitar una retención médica al momento de inscribirse a clase.)  
**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      /      /      Dosis 2 administrada al menos 28      /      /       
 12 meses o posteriormente Mes Día Año días después de la primera dosis Mes Día Año

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

**CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA** (firma, sello o registro médico adjunto)

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

**SE RECOMIENDA ENCARECIDAMENTE:**

Se recomiendan encarecidamente las vacunas contra la **meningitis y la hepatitis B.**

**VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B:**

#1      /      /      #2      /      /      #3      /      /       
 Mes Día Año Mes Día Año Mes Día Año

**VACUNA CONTRA LA MENINGITIS MENINGOCÓCICA:**

(Al menos una dosis a la edad de ≥ 16)

Dosis 1      /      /      Dosis 2      /      /       
 Mes Día Año Mes Día Año

**VACUNA MENINGOCÓCICA DEL GRUPO B:**

Bexsero  Trumenba

Dosis 1      /      /      Dosis 2      /      /       
 Mes Día Año 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 firmen la declaración de divulgación de vacuna a continuación

He leído la información sobre la hepatitis B y la meningitis en el sitio web de CDC [www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html). Entiendo el riesgo de no recibir la vacuna y he decidido rechazar la vacunación en este momento.

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

Padre/Madre o Tutor legal (si es menor de 18 años) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SE RECOMIENDA:**

**VACUNA CONTRA Tdap (tétanos, difteria, pertussis):**

Última dosis de refuerzo      /      /       
 Mes Día Año

**VACUNA CONTRA LA HEPATITIS A:**

#1      /      /      #2      /      /       
 Mes Día Año Mes Día Año

**VACUNA CONTRA LA VARICELA:**

#1      /      /      #2      /      /       
 Mes Día Año Mes Día Año

**VACUNA CONTRA EL VPH (virus del papiloma humano):**

#1      /      /      #2      /      /      #3      /      /       
 Mes Día Año Mes Día Año Mes Día Año

**Polio**

#1      /      /      #2      /      /      #3      /      /       
 Mes Día Año Mes Día Año Mes Día Año

#4      /      /      #5      /      /       
 Mes Día Año Mes Día Año

### CUESTIONARIO SOBRE TUBERCULOSIS (TB) - OBLIGATORIO

1. ¿Ha tenido alguna vez contacto cercano con personas conocidas o sospechosas de tener TB activa?  Sí  No
  2. ¿Ha sido usted residente y/o empleado en un entorno de alto riesgo (por ej., una institución correccional, un establecimiento de cuidados a largo plazo y un albergue para personas sin hogar)?  Sí  No
  3. ¿Ha sido usted 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 TB activa o ha hecho 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)

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

Afghanistan	China, Hong Kong SAR	Guyana	Morocco	Singapore
Albania	China, Macao SAR	Haiti	Mozambique	Solomon Islands
Algeria	Columbia	Honduras	Myanmar	Somalia
Angola	Comoros	India	Namibia	South Africa
Anguilla	Congo	Indonesia	Nauru	South Sudan
Argentina	Cote d'Ivoire	Iraq	Nepal	Sri Lanka
Armenia	Dem People's Rep of Korea	Kazakhstan	Nicaragua	Sudan
Azerbaijan	Democratic Republic of Congo	Kenya	Niger	Suriname
Bangladesh	Djibouti	Kiribati	Nigeria	Swaziland
Belarus	Dominican Republic	Kuwait	Niue	Tajikistan
Belize	Ecuador	Kyrgyzstan	Northern Mariana Islands	Tanzania (United Republic of)
Benin	El Salvador	Lao People's Dem Rep	Pakistan	Thailand
Bhutan	Equatorial Guinea	Latvia	Palau	Timor-Leste
Bolivia (Plurinational State of)	Eritrea	Lesotho	Panama	Togo
Bosnia and Herzegovina	eSwatini	Liberia	Papua New Guinea	Tunisia
Botswana	Ethiopia	Libya	Paraguay	Turkmenistan
Brazil	Fiji	Lithuania	Peru	Tuvalu
Brunei Darussalam	French- Polynesia	Madagascar	Philippines	Uganda
Bulgaria	Gabon	Malawi	Portugal	Ukraine
Burkina Faso	Gambia	Malaysia	Qatar	Uruguay
Burundi	Georgia	Maldives	Republic of Korea	Uzbekistan
Cabo Verde	Ghana	Mali	Republic of Moldova	Vanuatu
Cambodia	Greenland	Marshall Islands	Romania	Venezuela (Bolivarian Republic of)
Cameroon	Guam	Mauritania	Russian Federation	Viet Nam
Central African Republic	Guatemala	Mexico	Rwanda	Yemen
Chad	Guinea	Micronesia (Federated States of)	Sao Tome and Principe	Zambia
China	Guinea-Bissau	Mongolia	Senegal	Zimbabwe
			Sierra Leone	

**SI USTED RESPONDIÓ "SÍ" A LA TB EN LAS PREGUNTAS 1 A 5 O MARCÓ CON UN CÍRCULO UNO O MÁS DE LOS PAÍSES ANTERIORES, DEBE PRESENTAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DENTRO DEL AÑO PREVIO A SU LLEGADA:**

Prueba de TB en sangre (preferiblemente; **OBLIGATORIO** si la prueba cutánea de TB es positiva)

(IFN-gamma, como T-spot o Quantiferon Gold): Negativa Positivo (adjuntar resultado)

O prueba cutánea de tuberculina: Fecha de administración: / / Fecha de lectura: / /  
Mes Día Año Mes Día Año

Resultado: \_\_\_\_\_ mm Negativa Positivo (adjuntar resultado)

Resultado de la radiografía de tórax (obligatoria si la prueba cutánea o sanguínea de tuberculosis es positiva):

Fecha: / / Normal Anormal (adjuntar resultado)  
Mes Día Año

**Envíe por correo o fax el formulario completo a: University of Dayton Health Center  
 300 College Park | Dayton, OH 45469-0900 | Phone: 937-229-3131 | Fax: 937-229-3107**