

IMMUNIZATIONS

The Kentucky Administration Regulation, 902 KAR 2:060, immunizations schedule for attending school require all students through grade 12 receive a minimum number of immunizations PRIOR to school entrance. To be compliant with state law, these requirements are documented by a current immunization certificate and can be waived only for medical or religious exemptions.

Please obtain and submit a current immunization certificate or exemption form prior to the first day of school. Failure to have up to date immunizations will result in your child's exclusion from school until the state required immunizations are completed.

KY Immunization Requirements for Preschool – 12th Grade

3 Years	4 Years	5 Years	11-15 Years	16 Years and older
<u>DTaP</u> – 4 doses	* <u>DTaP</u> – 4 or 5 doses	* <u>DTaP</u> – 4 or 5 doses	* <u>DTaP</u> – 4 or 5 doses	* <u>DTaP</u> – 4 or 5 doses
Polio (<u>IPV</u>) – 3 doses	*Polio (<u>IPV</u>) – 3 or 4 doses	*Polio (<u>IPV</u>) – 3 or 4 doses	*Polio (<u>IPV</u>) – 3 or 4 doses	*Polio (<u>IPV</u>) – 3 or 4 doses
<u>MMR</u> – 1 dose	<u>MMR</u> – 2 doses			
* <u>Hib</u> – 3 or 4 doses	* <u>Hib</u> – 3 or 4 doses	* <u>Hib</u> – no requirement	<u>Tdap</u> – 1 dose	<u>Tdap</u> – 1 dose
* <u>Hep A</u> – 2 doses effective for the school year beginning on or after July 1, 2018	* <u>Hep A</u> – 2 doses effective for the school year beginning on or after July 1, 2018	* <u>Hep A</u> – 2 doses effective for the school year beginning on or after July 1, 2018	* <u>Hep A</u> – 2 doses effective for the school year beginning on or after July 1, 2018	* <u>Hep A</u> – 2 doses effective for the school year beginning on or after July 1, 2018
<u>Hep B</u> – 3 doses				
* <u>Varicella</u> – 1 dose	* <u>Varicella</u> – 2 doses			
* <u>Pneumococcal (PCV)</u> – 4 doses	* <u>Pneumococcal (PCV)</u> – 4 doses	* <u>Pneumococcal (PCV)</u> – no requirement	Meningococcal ACWY (MCV4) – 1 dose (at 11 years of age)	*Meningococcal ACWY (MCV4) – 2 doses for 16 yrs and older effective for the school year beginning on or after July 1, 2018

*DTaP - Fifth dose not needed if dose #4 given after 4th B-day and 6 months from previous dose

*Polio - Fourth dose not needed if dose #3 given after 4th B-day and 6 months from previous dose

*Hib - last dose must be on or after 12 months of age-not required at age 5 years and older; number of total doses (3 or 4) depends on brand used

*PCV - last dose must be on or after 12 months of age-not required at age 5 years and older

*Varicella - no doses needed if history of Chickenpox or Zoster disease is verified by a medical provider

*Meningococcal ACYW – if initial dose given at 16 yrs or older, will only need one dose (previously known as MCV4)

*Hepatitis A – 2 doses spaced 6 months apart effective for the school year beginning on or after **July 1, 2018**

Commonwealth of Kentucky

Parent or Guardian's Declination on Religious Grounds to Required Immunizations

The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and Kentucky Department for Public Health (KDPH) recognize immunization as one of the most effective tools in preventing disease and reducing the risks associated with exposure to certain diseases. KRS 214.036 requires parents who object to immunization of their child to provide a written sworn statement objecting to immunization of the child on religious grounds.

Place an "X" in a box or boxes to the left of each disease, listed below, for which you object to your child receiving the immunization. Initial and date the box on the right.

<input type="checkbox"/>	Hepatitis B: According to the CDC and KDPH, serious symptoms and effects of this disease include: jaundice (yellow skin or eyes), life-long liver problems, such as scarring and liver cancer, or death.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	Diphtheria (DTaP, DT, Tdap, Td): According to the CDC and KDPH, serious symptoms and effects of this disease include: heart failure, paralysis (can't move parts of the body), breathing problems, coma, or death.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	Tetanus (DTaP, DT, Tdap, Td): According to the CDC and KDPH, serious symptoms and effects of this disease include: "locking" of the jaw, difficulty in swallowing and breathing, seizures (jerking and staring), painful tightening of muscles in the head and neck, or death.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	Pertussis (Whooping Cough) (DTaP, Tdap): According to the CDC and KDPH, serious symptoms and effects of this disease include: severe coughing fits that can cause vomiting and exhaustion, pneumonia, seizures (jerking and staring), brain damage, or death.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	Haemophilus influenzae type b (Hib): According to the CDC and KDPH, serious symptoms and effects of this disease include: meningitis (infection of the brain and spinal cord covering), pneumonia, severe swelling in the throat that makes it hard to breathe, infections of the blood, joints, bones, and covering of the heart, or death.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	Pneumococcal: According to the CDC and KDPH, serious symptoms and effects of this disease include: chest pain with rapid breathing or difficulty breathing, a high fever, shaking, chills, excessive sweating, fatigue, confusion, and a cough with phlegm that persists or worsens, pneumonia, brain damage, or death.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	Polio: According to the CDC and KDPH, serious symptoms and effects of this disease include: paralysis (can't move parts of the body), meningitis (infection of the brain and spinal cord covering), permanent disability, or death.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	Measles, Mumps, Rubella (MMR): According to the CDC and KDPH, serious symptoms and effects of measles include: pneumonia, seizures (jerking and staring), brain damage, or death. Serious symptoms and effects of mumps include: meningitis (infection of the brain and spinal cord covering), painful swelling of the testicles or ovaries, sterility, deafness, or death. Serious symptoms and effects of rubella include: rash, arthritis, and muscle or joint pain. If a woman gets rubella while she is pregnant, she could have a miscarriage or her baby could be born with serious birth defects such as deafness, heart problems, or learning disability.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	Varicella (Chickenpox): According to the CDC and KDPH, serious symptoms and effects of this disease include: severe skin infections, pneumonia, brain damage, or death.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A: According to the CDC and KDPH, serious symptoms and effects of this disease include: jaundice (yellow skin or eyes), "flu-like" illness, hospitalization, or death.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	Meningococcal: According to the CDC and KDPH, serious symptoms and effects of this disease include: severe headache, stiff neck, confusion, seizures (jerking and staring), high fever, nausea and vomiting, sensitivity of eyes to light, hearing loss, pneumonia, brain damage, or death.	Initials _____ Date _____

Due to my religious beliefs, I object to my child receiving the required immunizations selected above. I am aware that if I change my mind, I can rescind this objection and obtain immunizations for my child. Initials _____

- Additional information about vaccine preventable diseases, immunizations and reduced or no cost immunization services is available from the local health department in each county.
- In the event that the county health department or state health department declares an outbreak of a vaccine-preventable disease for which proof of immunity for a child cannot be provided, he or she may not be allowed to attend childcare or school for up to three (3) weeks, or until the risk period ends.

Child's Name

Last First Middle

Child's Date of Birth

MM/DD/YYYY

Parent

Signature

Date

MM/DD/YYYY

To be completed by Notary Public

STATE OF

COUNTY OF

Subscribed, sworn to or affirmed under oath and acknowledged before me, a Notary Public in and for the state and county aforesaid by _____, on this the _____ day of _____, 20_____.

Notary Public, State at Large

My Commission Expires: _____



Estado de Kentucky

Rechazo de inmunizaciones obligatorias por motivos religiosos del padre/tutor

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Departamento para la Salud Pública de Kentucky (KDPH) reconocen que la inmunización es una de las herramientas más eficaces para prevenir enfermedades y reducir los riesgos asociados con la exposición a ciertas enfermedades. KRS 214.036 exige que los padres que se oponen a la inmunización de su hijo(a) proporcionen una declaración jurada por escrito rehusando la inmunización del niño(a) por motivos religiosos.

Escriba una "X" en la casilla a la izquierda de cada enfermedad de la cual usted se opone a que su hijo(a) reciba la inmunización. Escriba sus iniciales y la fecha a la derecha.

<input type="checkbox"/>	Hepatitis B: Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: ictericia (piel u ojos amarillos), problemas con el hígado de por vida, tales como cicatrización y cáncer del hígado, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Difteria (DTaP, DT, Tdap, Td): Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: insuficiencia cardíaca, parálisis (no poder mover las partes del cuerpo), problemas con la respiración, coma, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Tétanos (DTaP, DT, Tdap, Td): Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: inmovilización de la mandíbula, dificultad para tragar y respirar, convulsiones (espasmos musculares o ausencias), contracción dolorosa de los músculos en la cabeza y el cuello, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Pertussis (Tos ferina) (DTaP, Tdap): Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: ataques de tos severa que pueden causar vómitos y agotamiento, neumonía, convulsiones (espasmos musculares o ausencias), daños cerebrales, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Haemophilus influenzae tipo b (Hib): Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: meningitis (infección del revestimiento del cerebro y de la médula espinal), neumonía, hinchazón severa en la garganta que dificulta la respiración, infecciones de la sangre, las articulaciones, los huesos y el revestimiento del corazón, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Infecciones neumocócicas: Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: dolor en el pecho con respiración rápida o dificultad para respirar, una fiebre alta, temblores, escalofríos, sudores excesivos, fatiga, confusión, y una tos con flemas que persiste o empeora, neumonía, daños cerebrales, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Polio: Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: parálisis (no poder mover partes del cuerpo), meningitis (infección del revestimiento del cerebro y de la médula espinal), discapacidad permanente, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR): Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos del sarampión incluyen: neumonía, convulsiones (espasmos musculares o ausencias), daños cerebrales, o muerte. Los síntomas graves y efectos de las paperas incluyen: meningitis (infección del revestimiento del cerebro y de la médula espinal), hinchazón dolorosa de los testículos u ovarios, esterilidad, sordera, o muerte. Los síntomas graves y efectos de rubéola incluyen: erupción cutánea, artritis y dolores musculares o de las articulaciones. Si una mujer contrae rubéola cuando está embarazada, podría tener un aborto espontáneo o su bebé podría nacer con defectos de nacimiento graves, tales como sordera, problemas cardíacos o discapacidad de aprendizaje.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Varicela (Chickenpox): Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: severas infecciones cutáneas, neumonía, daños cerebrales, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A: Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: ictericia (piel u ojos amarillos), síntomas gripales, hospitalización, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Enfermedad meningocócica: Según los CDC y el KDPH, los síntomas graves y efectos de esta enfermedad incluyen: dolor de cabeza severo, rigidez en el cuello, confusión, convulsiones (espasmos musculares o ausencias), fiebre alta, náusea y vómitos, sensibilidad de los ojos a la luz, pérdida auditiva, neumonía, daños cerebrales, o muerte.	Iniciales _____ Fecha _____

Debido a mis creencias religiosas, me opongo a que mi hijo(a) reciba las inmunizaciones obligatorias marcadas más arriba.

Soy consciente de que si cambio de idea, puedo revocar esta objeción y obtener las inmunizaciones para mi hijo(a). Iniciales:

- Se dispone de información adicional sobre las enfermedades prevenibles con vacunas, las inmunizaciones y los servicios de inmunización a costo reducido o sin costo en el departamento de salud local en cada condado.
 - En el caso de que el departamento de salud del condado o el departamento de salud estatal declare un brote de una enfermedad prevenible con vacuna para la cual no se puede proporcionar una prueba de inmunidad en un niño(a), puede que no se permita que el niño(a) asista al cuidado infantil o la escuela por hasta tres (3) semanas, o hasta que termine el período de riesgo.

**Nombre
del niño(a)**

Apellido(s) _____ **Primer nombre _____** **Segundo nombre _____**

**Fecha de nacimiento
del niño(a)**

MM/DD/AAAA

**Firma del
padre/madre**

Fecha

MAN/DD (A A A)

To be completed by Notary Public
Para ser llenado por el Notary Public (fedatario)

ESTADO DE)
CONDADO DE)

Suscripto, jurado o afirmado bajo juramento y
reconocido ante mí, un *Notary Public* (fedatario) en y
para el estado y condado antes mencionados, por
_____, este día _____.
de _____ del 20 _____.

Notary Public, Estado en general

Mi comisión se vence:

