

Nombre (en letra molde) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Identificación 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: 14 de julio 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 posteriores a la primera dosis

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

### CERTIFICACIÓN POR EL PROFESIONAL MÉDICO (firma, sello o expediente adjunto)

Nombre/título \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ 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 años)

Dosis N.º 1 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Dosis N.º 2 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Mes Día Año Mes Día Año

#### VACUNA MENINGOCÓCICA DEL GRUPO B:

Bexsero  Trumenba

Dosis N.º 1 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Dosis N.º 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 si no han sido vacunados contra la hepatitis B o si firman 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 (obligatorio) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre/Madre o Tutor legal (Si es menor a 18 años) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### SE RECOMIENDA:

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

Último refuerzo realizado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
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 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., institución penitenciaria, institución de atención a largo plazo y albergue para desamparados)?  Sí  No
3. ¿Ha sido usted un voluntario o trabajador de atención médica que atendió a clientes con mayor riesgo de contraer la TB activa?  Sí  No  
 Si la respuesta es "Sí" explique \_\_\_\_\_
4. ¿Alguna vez ha sido miembro de alguno de los siguientes grupos que pueden tener una mayor incidencia de infección latente por M. tuberculosis o tuberculosis activa: falta de atención médica, bajos ingresos o abuso de drogas o de alcohol?  Sí  No
5. ¿Nació en uno de los siguientes países que tienen una alta incidencia de tuberculosis activa o visitas prolongadas (más de un mes)\* a uno o más de los siguientes países?  Sí  No  
 (Si la respuesta es "Sí", ENCIERRE EN UN CÍRCULO el país)

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

Afganistán	Eritrea	Kazajistán	Nauru	Singapur
Angola	Etiopía	Kenia	Nepal	Somalia
Argelia	Federación de Rusia	Kirguistán	Nicaragua	Sri Lanka
Armenia	Fiji	Kiribati	Níger	Sudán
Azerbaiyán	Filipinas	Lao	Nigeria	Sudáfrica
Bangladesh	Gabón	Lesoto	Pakistán	Sudán del Sur
Belarús	Gambia	Letonia	Palau	Swazilandia
Benin	Georgia	Liberia	Panamá	Tailandia
Bhután	Ghana	Libia	Papua Nueva Guinea	Tanzania
Bolivia	Groenlandia	Lituania	Paraguay	Tayikistán
Botswana	Guam	Macao (RAE de China)	Perú	Timor-Leste
Brasil	Guinea	Madagascar	Rep. Popular de	(Timor Oriental)
Brunéi Darussalam	Guinea-Bisáu	Malasia	Corea (Norte)	Togo
Burkina Faso	Guinea ecuatorial	Malawi	República	Turkmenistán
Burundi	Guyana	Maldivas	centroafricana	Tuvalu
Cabo Verde	Haití	Malí	República de Corea (Sur)	Uganda
Camboya	Honduras	Marruecos	República Democrática	Ucrania
Camerún	Hong Kong (RAE de China)	Mauritania	del Congo	Uzbekistán
Chad	India	Micronesia	República Dominicana	Vanuatu
China (incluido Taiwán)	Indonesia	Moldavia	Ruanda	Vietnam
Congo	Iraq	Mongolia	Rumania	Yemen
Costa de Marfil	Islas Marianas del Norte	Mozambique	Sao Tome y Príncipe	Yibuti
Ecuador	Islas Marshall	Myanmar (Birmania)	Senegal	Zambia
El Salvador	Islas Salomón	Namibia	Sierra Leona	Zimbabwe

**SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE A LAS PREGUNTAS 1 A 5 SOBRE LA TB O HA ENCERRADO EN UN CÍRCULO UNO O MÁS DE LOS PAÍSES ANTERIORES, SE REQUIERE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL PLAZO DE UN AÑO ANTES DE 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):    Negativo                      Positivo                      (Adjunte el resultado)

O prueba cutánea de tuberculina: Fecha indicada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      Fecha de lectura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes Día Año                      Mes Día Año

Resultado: \_\_\_\_\_ mm                      Negativo                      Positivo                      (Adjunte el resultado)

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

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      Normal                      Anormal                      (Adjunte el 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 | Teléfono: 937-229-3131 | Fax: 937-229-3107