

**Véase en el anexo los registros y la lista de los centros de salud pública requeridos.**

**CIUDAD DE FILADELFIA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
DIVISIÓN DE CONTROL DE ENFERMEDADES  
PROGRAMA DE INMUNIZACIONES**

**Resumen: Requisitos de inmunización para Filadelfia  
Para ingresar a la escuela, 2015-2016**

Grados	Vacunas	Requisitos
K - 1	Difteria y tétano..... Tos ferina..... Polio..... Sarampión..... Paperas..... Rubéola..... Hepatitis B..... Varicela.....	4 Dosis: por lo menos una en o después de cumplir 4 años (DTaP/DTP/DT/Td) 4 Dosis: por lo menos una en o después de cumplir 4 años (DTaP o DTP) 3 Dosis: (OPV/IPV) 2 Dosis: en o después de cumplir un año (MMR o MMRV) 2 Dosis: en o después de cumplir un año (MMR o MMRV) 2 Dosis: en o después de cumplir un año (MMR o MMRV) 3 Dosis: (HBV) 2 Dosis: en o después de cumplir un año (Varicela o MMRV) o documentación de inmunidad de la varicela comprobada por exámenes de laboratorio o una declaración por escrito de un proveedor de atención médica acerca de una inmunidad previa a la varicela.
2 - 5 y 8 - 12	Difteria y tétano..... Polio..... Sarampión..... Paperas..... Rubéola..... Hepatitis B..... Varicela.....	4 Dosis: por lo menos una en o después de cumplir 4 años (DTaP/DTP/DT/Td/Tdap)** 3 Dosis: (OPV/IPV) 2 Dosis: en o después de cumplir un año (MMR o MMRV) 2 Dosis: en o después de cumplir un año (MMR o MMRV) 1 Dosis: en o después de cumplir un año (MMR o MMRV) 3 Dosis: (HBV) 2 Dosis: en o después de cumplir un año (Varicela o MMRV)*
6 - 7	Difteria y tétano..... Tos ferina..... Polio..... Sarampión..... Paperas..... Rubéola..... Hepatitis B..... Varicela..... Meningocócica.....	4 Dosis: por lo menos una en o después de cumplir 7 años (DTaP/DTP/DT/Td/Tdap)** 1 Dosis: en o después de cumplir 7 años (Tdap) 3 Dosis: (OPV/IPV) 2 Dosis: en o después de cumplir un año (MMR o MMRV) 2 Dosis: en o después de cumplir un año (MMR o MMRV) 1 Dosis: en o después de cumplir un año (MMR o MMRV) 3 Dosis: (HBV) 2 Dosis: en o después de cumplir un año (Varicela o MMRV)* 1 Dosis: en o después de cumplir dos años (MCV4)

**Referencias:** Los requisitos del Código de Pensilvania – Subcapítulo C. Inmunización 23.81, enmendado el 28 de mayo del 2010, en vigor el 1<sup>ro</sup> de agosto del 2011, y de las Regulaciones de la Junta de Salud de Filadelfia que Rigen la Salud de los Recién Nacidos, Niños y Adolescentes, publicadas en 2009.

\*O documentación de un historial de inmunidad a la varicela comprobada por exámenes de laboratorio o una declaración por escrito de los padres, encargado o médico del historial de la enfermedad de varicela.

\*\* Sólo se necesitan 3 dosis de Td que contiene la vacuna si se inició la serie en o después de cumplir 7 años, si por lo menos se administró una dosis como Tdap.

Health Center 2

1720 S. Broad Street  
Philadelphia, PA 19145  
215-685-1803

Health Center 3

555 S. 43<sup>rd</sup> Street  
Philadelphia, PA 19104  
215-685-7504

Health Center 4

4400 Haverford Avenue  
Philadelphia, PA 19104  
215-685-7601

Health Center 5

1900 N. 20<sup>th</sup> Street  
Philadelphia, PA 19121  
215-685-2933

Health Center 6

321 W. Girard Avenue  
Philadelphia, PA 19123  
215-685-3800

Health Center 9

131 E. Cheltenham Avenue  
Philadelphia, PA 19144  
215-685-5701

Health Center 10

2230 Cottman Avenue  
Philadelphia, PA 19149  
215-685-0639

Strawberry Mansion Health Center

2840 Dauphin Street  
Philadelphia, PA 19132  
215-685-2400

**Por favor imprima este formulario y entréguelo con los registros de vacunación de su hijo a su médico de cabecera para verificar si su hijo ha cumplido con los requisitos de vacunación para la matrícula escolar. Por favor, pida a su médico que emita una declaración con el fin de matricular a su hijo.**



**CITY OF PHILADELPHIA  
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH  
DIVISION OF DISEASE CONTROL  
IMMUNIZATION PROGRAM**

**Summary: Philadelphia Immunization Requirements  
For School Entry, 2015-2016**

Grades	Vaccines	Requirements
K – 1	Diphtheria & Tetanus..... Pertussis..... Polio..... Measles..... Mumps..... Rubella..... Hepatitis B..... Varicella.....	4 Doses: at least one on/after 4 <sup>th</sup> birthday (DTaP/DTP/DT/Td) 4 Doses: at least one on/after 4 <sup>th</sup> birthday (DTaP or DTP) 3 Doses: (OPV/IPV) 2 Doses: on/after 1 <sup>st</sup> birthday (MMR or MMRV) 2 Doses: on/after 1 <sup>st</sup> birthday (MMR or MMRV) 2 Doses: on/after 1 <sup>st</sup> birthday (MMR or MMRV) 3 Doses: (HBV) 2 Doses: on/after 1 <sup>st</sup> birthday (Varicella or MMRV) or documentation of chickenpox immunity proven by laboratory testing or a written statement of prior chickenpox disease from a healthcare provider
2-5 and 8-12	Diphtheria & Tetanus..... Polio..... Measles..... Mumps..... Rubella..... Hepatitis B..... Varicella.....	4 Doses: at least one on/after 4 <sup>th</sup> birthday (DTaP/DTP/DT/Td/Tdap)** 3 Doses: (OPV/IPV) 2 Doses: on/after 1 <sup>st</sup> birthday (MMR or MMRV) 2 Doses: on/after 1 <sup>st</sup> birthday (MMR or MMRV) 1 Dose: on/after 1 <sup>st</sup> birthday (MMR or MMRV) 3 Doses: (HBV) 2 Doses: on/after 1 <sup>st</sup> birthday (Varicella or MMRV) *
6-7	Diphtheria & Tetanus..... Pertussis..... Polio..... Measles..... Mumps..... Rubella..... Hepatitis B..... Varicella..... Meningococcal.....	4 Doses: at least one on/after 7 <sup>th</sup> birthday (DTaP/DTP/DT/Td/Tdap)** 1 Dose: at least one on/after 7 <sup>th</sup> birthday (Tdap) 3 Doses: (OPV/IPV) 2 Doses: on/after 1 <sup>st</sup> birthday (MMR or MMRV) 2 Doses: on/after 1 <sup>st</sup> birthday (MMR or MMRV) 1 Dose: on/after 1 <sup>st</sup> birthday (MMR or MMRV) 3 Doses: (HBV) 2 Doses: on/after 1 <sup>st</sup> birthday (Varicella or MMRV) * 1 Dose: on/after 2 <sup>nd</sup> birthday (MCV4)

**References:** Requirements from The Pennsylvania Code – Subchapter C. *IMMUNIZATION* §23.81, amended May 28, 2010, effective August 1, 2011, and from the Philadelphia Board of Health *Regulations Governing the Health of Newborns, Children and Adolescents*, published 2009.

\* Or documentation of a history of chickenpox immunity proven by laboratory testing or a written statement of history of chickenpox disease from a parent, guardian or physician.

\*\* Only 3 doses of Td-containing vaccine are necessary if series is started on/after 7<sup>th</sup> birthday, if at least one dose is given as Tdap.