



ESTADO DE NEW HAMPSHIRE
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
OFICINA DE CONTROL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Lori A. Weaver
Comisionada
interina

Patricia M. Tilley
Directora

29 HAZEN DRIVE, CONCORD, NH 03301
603-271-4482 1-800-852-3345 Ext. 4482
Fax: 603-271-3850 Acceso TDD: 1-800-735-2964
www.dhhs.nh.gov

**Requisitos de vacunación en guarderías de New
Hampshire para 2023-2024**

Las siguientes vacunas son necesarias para la inscripción en escuelas, preescolares y guarderías.* Es posible la inscripción condicional de un niño si ha recibido al menos una dosis de cada una de las vacunas requeridas (según la edad recomendada) y una cita para la siguiente dosis apropiada para su edad. El calendario de vacunación al que se hace referencia en la página 2 incluye las recomendaciones sobre la edad y la dosis de vacunación del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP).

- **DTaP** (vacuna contra la difteria, tétanos y tosferina): **4 o más dosis**
Aviso: Es necesaria una dosis de refuerzo, generalmente administrada entre los 4 y 6 años, para el ingreso a la escuela en KG/1.^{er} grado.
- **Hep B** (vacuna contra la hepatitis): **3 dosis**
- **IPV** (poliomielitis): **3 o más dosis**
Aviso: Es necesaria una cuarta dosis, generalmente administrada entre los 4 y 6 años, para el ingreso a la escuela en KG/1.^{er} grado.
- **Hib** (vacuna contra la *haemophilus influenzae* tipo b): **4 dosis**
Aviso: La Hib no es necesaria para niños de 5 años o mayores.
Es posible que algunos niños que comienzan tarde con la serie de la vacuna Hib necesiten menos de 4 dosis.
- **MMR** (vacuna contra el sarampión, paperas y rubeola): **al menos 1 dosis**
Aviso: Es necesaria una segunda dosis, generalmente administrada entre los 4 y 6 años, para el ingreso a la escuela en KG/1.^{er} grado.
- **VAR** (vacuna contra la varicela): **al menos 1 dosis**
Aviso: Es necesaria una segunda dosis, generalmente administrada entre los 4 y 6 años, para el ingreso a la escuela en KG/1.^{er} grado.
Se acepta documentación de la inmunidad mediante un análisis de sangre de laboratorio que la confirme.

*New Hampshire RSA 141-C:20 <http://www.gencourt.state.nh.us/rsa/html/NHTOC/NHTOC-X-141-C.htm>

El calendario de vacunación actual del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación puede encontrarse aquí:
<https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html>

Recursos de vacunación para proveedores de cuidado de niños: [Guía sobre vacunación para proveedor de cuidado de niños | Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire \(dhhs.nh.gov\)](#)

Si tiene preguntas, comuníquese con el Programa de Vacunación de New Hampshire al 603-271-4482

Vacunas por grupo de edad (según el Calendario de vacunación para niños y adolescentes recomendado por los CDC: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html>)

Edad actual del niño	El niño debe haber recibido:
2 - 3 meses	1 dosis de DTaP, poliomielitis, Hib 2 dosis de HepB
4 - 5 meses	2 dosis de DTaP, poliomielitis, Hib, HepB
6 - 14 meses	3 dosis de DTaP, poliomielitis, HepB 2 o 3 dosis de Hib (según la marca)
15 - 17 meses	3-4 dosis de DTaP 3 dosis de poliomielitis, HepB 3 o 4 dosis de Hib*(según la marca) 1 dosis de varicela y MMR
18 - 47 meses	4 dosis de DTaP 3 dosis de poliomielitis, HepB 3 o 4 dosis de Hib*(según la marca) 1 dosis de varicela y MMR
4 - 6 años	4 o 5 dosis de DTaP** 3 o 4 dosis de poliomielitis** 3 dosis de HepB 3 o 4 dosis de Hib*(según la marca) 1 o 2 dosis de varicela y MMR**

* Es posible que algunos niños que comenzaron la serie de la vacuna Hib tarde necesiten menos dosis de las recomendadas; Hib no es necesaria para niños de 5 años o mayores (**Si tiene preguntas, llame al Programa de Vacunación de NH al (603) 271-4482**).

** Para el ingreso a la escuela en KG/1.º grado. 4 o 5 dosis de DTaP y 3 o 4 dosis de poliomielitis con la última dosis administrada al cumplir los 4 años o después (y al menos 6 meses después de la dosis anterior); 2 dosis tanto de varicela como de MMR (con la primera dosis administrada a los 12 meses de edad o después).

Por ley, ningún niño será inscrito en ningún lugar de cuidado infantil, público o privado, a menos que tenga las vacunas necesarias o tenga una exención médica o religiosa. Sin embargo, **es posible la inscripción condicional de un niño en los siguientes casos:**

- existe documentación de al menos una dosis de cada vacuna requerida; **y**
- hay una cita para las siguientes dosis pendientes.

Las exenciones por razones médicas y religiosas tienen requisitos específicos. La información se encuentra disponible en:

[Exenciones de vacunación para niños | Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire \(dhhs.nh.gov\)](https://www.dhhs.nh.gov)

Requisitos mínimos de dosis para el Informe anual de vacunación en guarderías

Aviso: Estos son los requisitos mínimos de dosis para informar sobre los índices anuales de cobertura de vacunación, tal y como lo exige RSA 141-C-20-e (<http://www.gencourt.state.nh.us/rsa/html/X/141-C/141-C-20-e.htm>), teniendo en cuenta la programación de citas y el rango de edades evaluadas. Sin embargo, el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP) tiene recomendaciones sobre la edad óptima y el espaciamiento de todas las vacunas para proporcionar la mejor protección a todos los niños. El calendario de vacunación actual del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación puede encontrarse aquí: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html>

Edad Si el niño tiene:	DTaP actualizada si tiene <i>al menos</i> :	Poliomielitis actualizada si tiene <i>al menos</i> :	HepB actualizada si tiene <i>al menos</i> :	HiB actualizada si tiene <i>al menos</i> :	MMR actualizada si tiene <i>al menos</i> :	Varicela actualizada si tiene <i>al menos</i> :
19-59 meses	4 dosis	3 dosis	3 dosis	4 dosis*	1 dosis	1 dosis

*Un niño que empieza tarde la serie de vacunas contra la Hib puede necesitar menos de 4 dosis; el calendario habitual es de 4 dosis con la última dosis administrada después de los 12 meses de edad o al menos 1 dosis administrada a partir de los 15 meses de edad.

Calendario de vacunación de actualización de la Hib (póngase en contacto con el NHIP si tiene alguna duda):

- Si no se vacunó a los 15 y 59 meses: 1 dosis necesaria.
- Si la primera dosis se administra antes de los 12 meses y la segunda dosis antes de los 15 meses, la tercera y última dosis debe administrarse 8 semanas después de la segunda dosis.
- Si la primera dosis se administra entre los 7 y 11 meses, la segunda dosis debe administrarse al menos 4 semanas después y la tercera y última dosis debe administrarse entre los 12 y 15 meses u 8 semanas después de la segunda dosis (lo que ocurra más tarde).
- Si la primera dosis se administra entre los 12 y 14 meses, la segunda y última dosis debe administrarse al menos 8 semanas después de la primera dosis.
- Recurso de apoyo para ponerse al día en la orientación para la HiB:
 - [2021:Vacunas que contienen Haemophilus influenzae tipo b--Guía de actualización para niños de 4 meses a 4 años de edad \(cdc.gov\)](#)
- Recurso de apoyo para la actualización para los estudiantes que han recibido PedvaxHIB:
 - [Guía de actualización de 2021 para niños sanos de 4 meses a 4 años-Vacuna Haemophilus influenzae tipo B-Vacuna PedvaxHIB únicamente \(cdc.gov\)](#)

Contacte al Programa de Vacunación de New Hampshire si tiene alguna pregunta sobre las vacunas o el informe anual al 603-271-4482.

Nombres comerciales de las vacunas

Listado por orden alfabético

Para su uso como referencia al revisar los registros de vacunación; no todas son necesarias para la admisión en escuelas, preescolares o guarderías.

Nombre comercial	Vacunas/Abreviatura
ActHIB®	Haemophilus influenzae tipo b (Hib)
Adacel®	Tétanos, difteria, tosferina (Tdap)
Boostrix®	Tétanos, difteria, tosferina (Tdap)
Daptacel®	Difteria, tétanos, tosferina (DTaP)
DT	Difteria, tétanos (DT)
Engerix B®	Hepatitis B (HepB)
Hiberix®	Haemophilus influenzae tipo b (Hib)
Infanrix®	Difteria, tétanos, tosferina (DTaP)
Ipol®	Poliomielitis (IPV)
Kinrix®	Difteria, tétanos, tosferina (DTaP) y poliomielitis (IPV)
M-M-R II	Sarampión, paperas y rubeola (MMR)
Pediarix®	Difteria, tétanos, tosferina (DTaP), poliomielitis (IPV) y hepatitis B (HepB)
PedvaxHIB®	Haemophilus influenzae tipo b (Hib)
Pentacel®	Difteria, tétanos, tosferina (DTaP), poliomielitis (IPV) y haemophilus influenzae tipo b (Hib)
ProQuad®	Sarampión, paperas, rubeola y varicela (MMRV)
Quadracel®	Difteria, tétanos, tosferina (DTaP) y poliomielitis (IPV)
RecombivaxHB®	Hepatitis B (HepB)
TDVAX™	Tétanos, difteria (Td)
Tenivac®	Tétanos, difteria (Td)
Varivax®	Varicela (VAR)
Vaxelis™	Difteria, tétanos, tosferina (DTaP), poliomielitis (IPV), haemophilus influenzae tipo b (Hib) y hepatitis B (Hep B).

Consulte <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html> para ver una lista completa de los nombres comerciales de las vacunas