**CDPH MEASLES NOTIFICATION LETTER TEMPLATE 2 FOR PARENT OF CHILD WHO ATTENDS THE SAME SCHOOL AS A MEASLES CASE**

(SPANISH)

(day) de (month), (year)

Estimado Padre o Tutor:

Esta carta es para informarle que un niño con sarampión se presentó en la (*escuela de su* *hijo(a)*) el (dates). El sarampión se transmite muy fácilmente por el aire y las personas que no son inmunes pueden contagiarse con tan sólo estar en el mismo cuarto con alguien que tiene sarampión, aun cuando la persona contagiada se haya ido. No creemos que su hijo(a) estaba en el mismo cuarto o tuvo contacto directo con el niño con sarampión. Sin embargo, como el sarampión es tan contagioso, queremos darle la información.

Por lo general, 14 días (pero el rango es de 7-21 días) después de la exposición, el sarampión comienza con una fiebre leve a moderada acompañada por tos, secreciones nasales y ojos rojos llorosos. Dos o tres días después, la fiebre sube, a menudo puede subir hasta 104˚ a 105 ° F. Al mismo tiempo, una erupción rojiza aparece, primero en la cara, a lo largo de la línea del cabello y detrás de las orejas. La erupción se disemina rápidamente hacia abajo al pecho y la espalda y por último a los muslos y los pies. La mayoría de los niños con sarampión están lo suficientemente enfermos para faltar al menos una semana a la escuela. Una de cada 20 personas con sarampión desarrolla neumonía y muy rara vez ocurren complicaciones graves que pueden amenazar la vida.

Su hijo(a) corre riesgo de desarrollar el sarampión si nunca ha tenido la enfermedad o si nunca se vacunó contra el sarampión. También es el caso para cualquier persona de cualquier edad que nunca ha tenido el sarampión ni se ha vacunado y se expone a alguien con sarampión.

Se recomiendan dos dosis de la vacuna contra el sarampión (MMR, en inglés), que se administra en combinación con la vacuna contra la rubéola y las paperas para todos los niños en edad escolar. Si su hijo(a) no ha recibido la vacuna MMR o sólo ha recibido una dosis, le recomendamos que hable con su doctor para que le pongan la vacuna lo antes posible. Si no tiene un doctor, su hijo(a) puede recibir la vacuna por una cuota en la Clínica de Salud Pública del Condado de (Name of County) ubicada en (address) el (days) de (month) de (opening time) a (closing time).

**Si su hijo(a) desarrolla una enfermedad con fiebre (101° F o más) y tiene tos, nariz mocosa, o los ojos rojos, con o sin una erupción en la piel,** consulte a su doctor para el diagnóstico y tratamiento y manténgalo(a) en casa hasta que el doctor le indique que puede regresar a la escuela. Si usted tiene alguna pregunta llame al Departamento de Salud de (Name of County) al (XXX)-XXX-XXXX.

Atentamente,

(Health Officer’s Name)

Funcionario de Salud de (Name of County)