

Para requisitos de vacunación en entornos escolares, preescolares y de cuidado infantil

Apellido del niño: _____ **Nombre:** _____ **Inicial del segundo nombre:** _____ **Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):** _____

AVISO: El padre o el tutor puede eximir a su hijo de las vacunaciones enumeradas a continuación; para ello, debe presentar este formulario completo en la escuela o en el centro de cuidado infantil de su hijo. Una persona a la que se ha eximido de una vacunación se considera bajo riesgo de contraer la enfermedad o las enfermedades para las cuales la vacunación ofrece protección. Es posible que el niño o estudiante eximido sea excluido de entornos y actividades escolares o de cuidado infantil durante un brote de la enfermedad contra la cual no ha sido vacunado completamente. Las enfermedades prevenibles por las vacunas aún existen y pueden transmitirse con rapidez en los entornos escolares y de cuidado infantil. Las inmunizaciones son una de las mejores maneras de proteger a las personas de contraer y transmitir las afecciones que pueden resultar en enfermedades graves, discapacidades o la muerte.

Exención personal/filosófica o religiosa (Personal/Philosophical or Religious Exemption)

Eximo a mi hijo del requisito por el cual debe vacunarse contra la/s siguiente/s enfermedad/es para asistir a la escuela o al centro de cuidado infantil (seleccione un tipo de exención y las vacunaciones de las cuales desea eximir a su hijo):

EXENCIÓN PERSONAL/FILOSÓFICA* (Personal/Philosophical Exemption)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria (difteria) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> Pneumococcal (neumococo) |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Pertussis (whooping cough) (tos ferina) | <input type="checkbox"/> Tetanus (tétanos) | <input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox) (varicela) |

** Es posible que el sarampión, las paperas y la rubéola no puedan eximirse por motivos personales/filosóficos según la ley del estado*

EXENCIÓN RELIGIOSA (Religious Exemption)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria (difteria) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> Pneumococcal (neumococo) |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Pertussis (whooping cough) (tos ferina) | <input type="checkbox"/> Tetanus (tétanos) | <input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox) (varicela) |
| <input type="checkbox"/> Measles (sarampión) | <input type="checkbox"/> Mumps (paperas) | <input type="checkbox"/> Rubella (rubéola) | |

Declaración del padre o tutor (Parent/Guardian Declaration)

Al menos una de las vacunas requeridas está en conflicto con mis creencias personales, filosóficas o religiosas. He analizado los beneficios y los riesgos de las inmunizaciones con el profesional de atención médica (que firma a continuación). Me informaron que, si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacunas de la cual mi hijo está exento, es posible que se excluya a mi hijo de su escuela o centro de cuidado infantil mientras dure el brote. La información en este formulario está completa y es correcta.

Nombre del padre o tutor (en imprenta)

Firma del padre o tutor

Fecha

Health Care Practitioner Declaration

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington State.

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

☐ MD ☐ ND ☐ DO ☐ ARNP ☐ PA

Washington License # _____

Exención por afiliación religiosa (Religious Membership Exemption)

Complete esta sección ÚNICAMENTE si pertenece a una iglesia o religión que se opone a la utilización del tratamiento médico. Use la sección anterior si tiene una objeción religiosa a las vacunaciones, pero las creencias o enseñanzas de su iglesia o religión permiten que su hijo sea tratado por profesionales médicos, tales como médicos y enfermeros.

Declaración del padre o tutor (Parent/Guardian Declaration)

Yo soy el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente. Afirmo que soy miembro de una iglesia o religión cuyas enseñanzas no permiten que proveedores de atención médica brinden tratamiento médico a mi hijo. Me informaron que, si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacunas de la cual mi hijo está exento, es posible que se excluya a mi hijo de su escuela o centro de cuidado infantil mientras dure el brote. La información en este formulario está completa y es correcta.

Nombre de la iglesia o religión de la cual usted es miembro: _____

Nombre del padre o tutor (en imprenta)

Firma del padre o tutor

Fecha

Apellido del niño: Nombre: Inicial del segundo nombre: Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

AVISO: Es posible que este formulario se utilice para eximir a un niño del requisito de la vacunación ante la decisión de un profesional de atención médica de que una vacunación específica no es recomendable para el niño por motivos médicos. Un profesional de atención médica debe completar este formulario y el padre o tutor debe firmarlo. Es posible que el niño o estudiante eximido sea excluido de la escuela o del centro de cuidado infantil durante un brote de la enfermedad contra la cual no han sido vacunados completamente. Las enfermedades prevenibles por las vacunas aún existen y pueden transmitirse con rapidez en los entornos escolares y de cuidado infantil.

Medical Exemption

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine required by rule of the Washington State Board of Health only if in his or her judgment, the vaccine is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine (RCW 28A.210.090). Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommendations via the Centers for Disease Control and Prevention publication, "Guide to Vaccine Contraindications and Precautions," or the manufacturer's package insert. The ACIP guide can be found at:

www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html

Please indicate which vaccine antigen(s) the **medical** exemption is referring to. If the patient is not exempt from certain antigen(s), mark "not exempt."

Disease (Enfermedad)	Not Exempt (No exento)	Permanent Exempt (Exento permanente)	Temporary Exempt (Exento temporal)	Expiration Date for Temporary Medical (Fecha de vencimiento para el exento temporal)
Diphtheria (difteria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B (hepatitis B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hib (hib)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Measles (sarampión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mumps (paperas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertusis (tos ferina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumococcal (neumococo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polio (polio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubella (rubéola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tetanus (tétanos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicella (varicela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Health Care Practitioner Declaration

I declare that vaccination for the disease/s checked above is not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed in Washington State, and the information provided on this form is complete and correct.

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

☐ MD ☐ ND ☐ DO ☐ ARNP ☐ PA

Washington License # _____

Declaración del padre o tutor (Parent/Guardian Declaration)

He analizado los beneficios y los riesgos de las inmunizaciones con el profesional de atención médica que otorga esta exención médica. Me informaron que, si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacunas de la cual mi hijo está exento, es posible que se excluya a mi hijo de su escuela o centro de cuidado infantil mientras dure el brote. La información en este formulario está completa y es correcta.

Nombre del padre o tutor (en imprenta)

Firma del padre o tutor

Fecha