|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/sites/default/files/graphics/DCYF-Logo-BW.jpg | | LICENSING DIVISION (LD)  **Exención de vacuna**  **Vaccine Exemption** | | | | | | |
| **Nombre del licenciatario del hogar de crianza** | | | | | | | | |
| **Información del solicitante o miembro del hogar (incluidos niños)** | | | | | | | | |
| APELLIDO | NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE | | | | | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) | | |
| **Instrucciones para el proveedor autorizado de servicios de salud** | | | | | | | | |
| La persona antes mencionada está obligada a tener las siguientes vacunas.  De acuerdo con WAC 110-148-1320(6)(c), podemos conceder una exención médica a este requisito si la inmunización afectaría negativamente la salud de la persona, según lo documentado por un proveedor autorizado de servicios de salud. | | | | | | | | |
| Si cuidan de niños menores de 2 años de edad o de niños médicamente frágiles, todos los miembros del hogar deben haberse aplicado las siguientes vacunas:   1. Tos ferina (pertusis) 2. Influenza (esta vacuna debe aplicarse de forma anual, una vez por año escolar) | | | | | Todos los niños (menores de 18 años de edad) en el hogar deben haberse aplicado las siguientes vacunas, según el [programa de la OSPI de WA](https://www.doh.wa.gov/CommunityandEnvironment/Schools/Immunization#reqs):  (<https://www.doh.wa.gov/CommunityandEnvironment/Schools/Immunization>)   1. Varicela; 2. Difteria; 3. Rubéola; 4. Enfermedad por Haemophilus influenzae tipo B; 5. Hepatitis B; 6. Sarampión; 7. Paperas; 8. Enfermedad por neumococo; 9. Poliomielitis; 10. Tétanos; y 11. Tos ferina (pertusis) | | | |
| Como proveedor autorizado de servicios de salud, si está convencido de que una o más de estas vacunas tendría efectos negativos para la salud de la persona antes mencionada, por favor llene los siguientes espacios. Debe llenar un renglón por vacuna. | | | | | | | | |
| VACUNA | | | | MOTIVO | | | ¿TEMPORAL O PERMANENTE? | SI ES TEMPORAL: FECHA DE VENCIMIENTO |
|  | | | |  | | |  |  |
|  | | | |  | | |  |  |
|  | | | |  | | |  |  |
|  | | | |  | | |  |  |
|  | | | |  | | |  |  |
|  | | | |  | | |  |  |
|  | | | |  | | |  |  |
| **Declaración del proveedor** | | | | | | | | |
| Declaro que:   * Soy un doctor en medicina (MD), doctor en naturopatía (ND), doctor en osteopatía (DO), enfermero registrado avanzado (ARNP) o asistente médico (PA) calificado y con licencia en los términos del Título 18 del RCW. * He hablado con el solicitante o miembro del hogar sobre los beneficios y riesgos de las (o con su padre, madre o tutor legal, si es menor de edad). * La persona antes mencionada tampoco es elegible para vacunas alternativas (por ejemplo, RIV3). * He recibido la historia clínica de la persona y doy fe de que la información provista en este formulario está completa y es correcta. | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL PROVEEDOR EN LETRA DE MOLDE | | | FIRMA DEL PROVEEDOR FECHA | | | | | |
|  | | | | | | | | |