



Nombre del licenciataria 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) :

(<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
--	---------------------	-------