|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/sites/default/files/graphics/DCYF-Logo-BW.jpg | LICENSING DIVISION (LD)  **Acuerdos de vacunación (relevo certificado)**  **Vaccination Agreements (Certified Respite)** | |
|  | | |
| **Acuerdos** | | |
| Como proveedor certificado de relevo, la expectativa es que satisfaga las necesidades de los niños a los que cuida. Para cuidar de niños médicamente frágiles o menores de 2 años de edad, usted debe:   * aplicarse la vacuna contra la influenza a más tardar el 31 de octubre de cada año. * estar completamente vacunado contra la tos ferina. * tener comprobantes de esas vacunas.   Si no puede aplicarse alguna de esas vacunas por motivos médicos, un proveedor autorizado de servicios de salud debe llenar una [exención de vacuna](https://docs.google.com/document/d/1XCajJNgAVgIcJmXT8TI9PHRW_3P3Qd7lafHtauxXhlk/edit) (DCYF 15-455) en la que indique que la vacuna tendría efectos negativos para su salud.  Si tiene problemas para cumplir este requisito, hable con su trabajador social asignado. | | |
| **Influenza** | | |
| Si cuido a niños médicamente frágiles o a niños menores de 2 años de edad, me comprometo a aplicarme la vacuna contra la influenza a más tardar el 31 de octubre de cada año.  O  No puedo aplicarme la vacuna contra la influenza, ya que tendría efectos negativos para mi salud. Si cuido a niños médicamente frágiles o a niños menores de 2 años de edad, un proveedor autorizado de servicios de salud llenará una [exención de vacuna](https://docs.google.com/document/d/1XCajJNgAVgIcJmXT8TI9PHRW_3P3Qd7lafHtauxXhlk/edit) (DCYF 15-455). | | |
| **Tos ferina** | | |
| Si cuido a niños médicamente frágiles o a niños menores de 2 años de edad, me comprometo estar completamente vacunado contra la tos ferina.  O  No puedo aplicarme la vacuna contra la tos ferina, ya que tendría efectos negativos para mi salud. Si cuido a niños médicamente frágiles o a niños menores de 2 años de edad, un proveedor autorizado de servicios de salud llenará una [exención de vacuna](https://docs.google.com/document/d/1XCajJNgAVgIcJmXT8TI9PHRW_3P3Qd7lafHtauxXhlk/edit) (DCYF 15-455). | | |
| **Información del solicitante** | | |
| NOMBRE | | FECHA DE NACIMIENTO |
| FIRMA | | FECHA |