|  |  |
| --- | --- |
| 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 |