|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/sites/default/files/graphics/DCYF-Logo-BW.jpg | LICENSING DIVISION (LD)  **Acuerdo de vacunación contra la tos ferina**  **Pertussis Vaccination Agreement** | |
| **Acuerdo** | | |
| Si desea cuidar a niños médicamente frágiles o a niños menores de 2 años de edad, todos los miembros del hogar (mayores de 3 meses de edad), incluyendo a todos los que cumplan con la definición de adultos en el hogar, deben estar completamente vacunado contra la tos ferina.  Si usted o algún miembro del hogar no puede aplicarse la vacuna por motivos médicos, un proveedor autorizado de servicios de salud debe llenar un [formulario de exención de vacuna (DCYF 15-455)](https://www.dcyf.wa.gov/forms?field_number_value=15-455&title=) en el que indique que la vacuna tendría efectos negativos para su salud o la salud del miembro del hogar.  ¿Todos los miembros del hogar (mayores de 3 meses de edad) están completamente vacunados contra la tos ferina?  Sí  No (indique la razón en la parte de abajo)  Este requisito no es aplicable, ya que no solicito cuidar a niños médicamente frágiles ni a niños menores de 2 años de edad.  Los siguientes miembros del hogar no están completamente vacunados contra la tos ferina, ya que hacerlo tendría efectos negativos para su salud:    Para cada miembro del hogar aquí mencionado, entregaré un [formulario de exención de vacuna (DCYF 15-455)](https://www.dcyf.wa.gov/forms?field_number_value=15-455&title=) contestado por un profesional médico autorizado.  Tengo dificultades para cumplir este requisito y me gustaría hablar sobre este tema más detalladamente con mi trabajador de licencias asignado. | | |
| **Información del solicitante** | | |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE A | | FECHA DE NACIMIENTO |
| FIRMA | | FECHA |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE B | | FECHA DE NACIMIENTO |
| FIRMA | | FECHA |