

# Certificado de Exención - Personal/Religioso

## Certificate of Exemption - Personal/Religious

Requisitos de vacunación de escuelas, guarderías y preescolar *Complete el cuadro para el tipo de exención deseada*



<b>Apellido(s) del niño:</b> (Child's Last Name)	<b>Nombre:</b> (First Name)	<b>Inicial (2<sup>do</sup>. Nombre):</b> (Middle Initial)	<b>Fecha de nacimiento</b> (mm/dd/aaaa): (Birthdate)	<b>Género/Sexo:</b> (Gender)
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------

**AVISO:** Un padre o tutor puede eximir a su hijo de algunas o todas las vacunas enumeradas a continuación al enviar este formulario completo a la escuela y/o cuidado infantil del niño. Una persona que ha sido exenta de una vacuna se considera en riesgo de contraer la enfermedad o enfermedades para las que la vacuna ofrece protección. Los niños/estudiantes exentos pueden ser excluidos de las instalaciones y actividades de la escuela o guardería durante un brote de la enfermedad contra el que no se hayan vacunado completamente. Las enfermedades contra las que las vacunas pueden proteger aún existen, y pueden diseminarse rápidamente en la escuela y en el entorno de cuidado infantil. Las vacunas son una de las mejores formas de proteger a las personas contra la transmisión y propagación de enfermedades que pueden provocar enfermedades graves, discapacidad o la muerte.

### Exención Personal/Filosófica o Religiosa (Personal/Religious Exemption)

Tipo de Exención:     Personal/Filosófica (Personal)     Religiosa (Religious)

Exento a mi hijo del requisito de que sea vacunado contra las siguientes enfermedades para asistir a la escuela/guardería: (For parent/guardian to check and sign)

- Difteria (Diphtheria)     Hepatitis B     Hib     Sarampión (Measles)     Paperas (Mumps)  
 Tos ferina (Pertussis)     Neumococo (Pneumococcal)     Polio     Rubéola (Rubella)     Tétanos (Tetanus)  
 Varicela

#### Declaración del Padre/Tutor

Una o más de las vacunas requeridas están en conflicto con mis creencias personales, filosóficas o religiosas. Discutí los beneficios y riesgos de las vacunas con el profesional de la salud de abajo. He recibido un aviso de que si se produce un brote de enfermedad prevenible mediante vacunación para el cual mi hijo está exento, mi hijo puede ser excluido de la escuela o guardería infantil durante el tiempo que dure el brote. La información en este formulario es completa y correcta.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (imprima)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### Health Care Practitioner Declaration (Declaración del profesional de la salud)

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed under Title 18 RCW, and the information provided on this form is complete and correct.

MD     ND     DO     ARNP     PA

\_\_\_\_\_  
Licensed Health Care Practitioner Name (print)

\_\_\_\_\_  
Licensed Health Care Practitioner Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### Exención de Membresía Religiosa (Religious Membership Exemption)

Complete esta sección **SÓLO** si pertenece a una iglesia o religión que objeta el uso del tratamiento médico. Use la sección anterior si tiene una objeción religiosa a las vacunas, pero las creencias o enseñanzas de su iglesia o religión permiten que su hijo sea tratado por profesionales médicos como médicos y enfermeras.

#### Declaración del Padre/Tutor

Soy el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente. Afirmo que soy miembro de una iglesia o religión cuyas enseñanzas impiden que los profesionales de la salud brinden tratamiento médico a mi hijo. He recibido un aviso de que si se produce un brote de enfermedad prevenible mediante vacunación para el cual mi hijo está exento, mi hijo puede ser excluido de la escuela o guardería infantil durante el tiempo que dure el brote. La información en este formulario es completa y correcta.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (imprima)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre de la iglesia o religión de la cual usted es miembro: \_\_\_\_\_

# Certificado de Exención Médica

## Certificate of Exemption - Medical



Requisitos de vacunación de escuelas, guarderías y preescolar *Complete el cuadro para el tipo de exención deseada*

**Apellido(s) del niño:** (Child's Last Name)      **Nombre:** (First Name)      **Inicial (2<sup>do</sup>. Nombre):** (Middle Initial)      **Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):** (Birthdate)      **Género/Sexo:** (Gender)

**AVISO:** Un padre o tutor puede eximir a su hijo de algunas o todas las vacunas enumeradas a continuación al enviar este formulario completo a la escuela y/o cuidado infantil del niño. Una persona que ha sido exenta de una vacuna se considera en riesgo de contraer la enfermedad o enfermedades para las que la vacuna ofrece protección. Los niños/estudiantes exentos pueden ser excluidos de las instalaciones y actividades de la escuela o guardería durante un brote de la enfermedad contra el que no se hayan vacunado completamente. Las enfermedades contra las que las vacunas pueden proteger aún existen, y pueden diseminarse rápidamente en la escuela y en el entorno de cuidado infantil. Las vacunas son una de las mejores formas de proteger a las personas contra la transmisión y propagación de enfermedades que pueden provocar enfermedades graves, discapacidad o la muerte.

**Medical Exemption** *Licensed Health Care Practitioner (MD, ND, DO, ARNP, PA) completes this section.*

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine antigen required by rule of the state board of health only if in his or her medical judgment, the vaccine antigen is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine antigen is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine ([RCW 28A.210.090](http://www.wa.gov/RCW28A210090)). Guidance for medical exemptions for vaccination can be obtained from the contraindications, indications, and precautions described in the vaccine manufacturer's package insert and by the most recent recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) available in the Centers for Disease Control and Prevention publication, Guide to Vaccine Contraindications and Precautions. This guide can be found at the following website: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html>

Please indicate which vaccine antigen(s) the **medical** exemption is referring to:

Disease (Enfermedad)	Permanent (Permanente)	Temporary (Temporal)	Expiration Date for Temporary Medical (Fecha de expiración para exenciones médicas temporales)
Diphtheria (Difteria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hib (Hib)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Measles (Sarampión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mumps (Paperas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertussis (Tos ferina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumococcal (Neumococo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polio (Polio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubella (Rubéola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tetanus (Tétanos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicella (Varicela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I declare that vaccination for the disease/s checked above is not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed under Title 18 RCW, and the information provided on this form is complete and correct.

MD    ND    DO    ARNP    PA

\_\_\_\_\_  
Licensed Health Care Practitioner Name (print)

\_\_\_\_\_  
Licensed Health Care Practitioner Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Declaración del Padre/Tutor (Parent/Guardian Declaration)**

He discutido los beneficios y riesgos de las vacunas con el profesional de la salud que otorga esta exención médica. He recibido un aviso de que si se produce un brote de enfermedad prevenible mediante vacunación para el cual mi hijo está exento, mi hijo puede ser excluido de la escuela o del centro de cuidado infantil durante el tiempo que dure el brote. La información en este formulario es completa y correcta.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (imprima)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha