

# AFFIDÁVIT DE EXENCIÓN DE VACUNACIÓN Para Menores Bajo Cuidado

## DATOS GENERALES

Nombre del Menor (*Apellido, nombre*) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (*MM/DD/AAAA*) \_\_\_\_\_

## RAZÓN(ES) DE LA EXENCIÓN MÉDICA

Por la presente, y solicito una exención de los requisitos de inmunización para el menor nombrada arriba debido a la condición médica que causa las inmunizaciones requeridas a poner la salud del menor en riesgo.

Duración de la exención:      Permanente      Temporal hasta el: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de cuidado de salud (*Apellido, nombre*) \_\_\_\_\_

No. de licencia o certificado \_\_\_\_\_ Estado y/o país de emisión\* \_\_\_\_\_

Dirección (*No., calle*) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

No. de teléfono \_\_\_\_\_

### Tipo de proveedor de cuidado de salud

Médico      Ayudante al médico      Enfermera licenciada      Enfermero/a practicante licenciado/a

Firma del proveedor de cuidado de salud \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*No se puede aceptar una licencia ni certificado que emitió otro estado o país, si no puede verificarlo.

## CREENCIAS RELIGIOSAS

Por la presente, y solicito una exención de los requisitos de inmunización para el menor nombrada arriba debido a mis enseñanzas religiosas.

Nombre del padre/madre o tutor (*Escribe en letra de molde*) \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## SE CONCEDE UNA EXENCIÓN DEBIDO A LA(S) SIGUIENTE(S): (marque con 'x' todas que corresponden)

Sí	No	Difteria	Sí	No	Haemofilus Influenzae Tipo b	Sí	No	Sarampión
Sí	No	Paperas	Sí	No	Tos ferina	Sí	No	Poliomielitis
Sí	No	Rubeola	Sí	No	Tétano	Sí	No	Hepatitis A
Sí	No	Meningocócica	Sí	No	Hepatitis B	Sí	No	Varicela

Otro      Sí      No      \_\_\_\_\_

Iniciales \_\_\_\_\_ Entiendo que en caso de un brote de una enfermedad evitable por vacuna, por la cual no puedo comprobar la inmunidad del menor, el menor será excluido del hogar autorizado por el DES hasta que el lapso de riesgo termine.

Nombre del padre/madre o tutor (*Escribe en letra de molde*) \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_