

AFFIDÁVIT DE EXENCIÓN DE VACUNACIÓN Para Miembros del Hogar de 13 Años de Edad y Menores

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 del proveedor de cuidado de salud (*No., calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ 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 proveedor (*Escribe en letra de molde*) Firma del proveedor 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 Poliomieltitis
Sí No Rubeola	Sí No Tétano	Sí No Hepatitis A
Sí No Meningocócica	Sí No Hepatitis B	Sí No Varicela
Sí No Otro _____		

SÓLO PARA LOS PROVEEDORES QUE PRESTAN SERVICIOS EN SU CASA

Conforme a la R6-5-5202(L) y R6-5-52025(M), Por la presente solicito una exención de los requisitos de inmunización y pruebas de TB para el menor nombrado arriba. Me certificarán como proveedor que presta servicio en casa, y **yo doy fe de los miembros de mi hogar no están en casa cuando prestaré servicios de cuidado de niños.**

Nombre del proveedor (*Escribe en letra de molde*) Firma del proveedor Fecha

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

_____ Notificaré a todos padres y tutores que uno o más de los miembros menores de mi hogar hubo(ieron) recibido
Iniciales una exención de inmunización antes de que prestara servicios de cuidado de niños.

Nombre del proveedor (*Escribe en letra de molde*) Firma del proveedor Fecha