



STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
CHILDREN'S ADMINISTRATION
Specific Office

Exención médica para la vacuna contra la influenza
Medical Exemption for Influenza Vaccination

El Código Administrativo de Washington (WAC) 388-148-1320 (6) requiere que todas las personas que vivan en hogares de tutela temporal sean inmunizados contra la influenza para proteger a los niños vulnerables menores de dos (2) años que estén bajo su cuidado de contraer la influenza. El departamento exentará a las personas que no puedan recibir la vacuna contra la influenza debido a una razón médica válida, y si no hay otra forma de la vacuna que no causaría consecuencias médicas graves.

Las contraindicaciones médicas válidas incluyen un historial de (1) síndrome de Guillain-Barre en las 6 semanas siguientes a recibir la vacuna contra la influenza y (2) reacción alérgica grave (es decir, anafilaxis) a cualquier componente de la vacuna, incluyendo proteínas de huevo, o después de una dosis anterior de vacuna contra la influenza.

Ya hay disponible una vacuna contra la influenza para personas de 18 a 49 años de edad que no contiene huevo, una vacuna recombinante (RIV3).

Para que la llene la persona que solicita la exención:

_____, Fecha de nacimiento _____, es un individuo que requiere de la vacuna contra la influenza para vivir o trabajar en un hogar de tutela temporal con licencia, o una institución de cuidado grupal. Esta persona satisface los siguientes criterios y debe estar exenta de este requisito.

Declaro que yo (o el menor arriba mencionado) no puedo recibir la vacuna contra la influenza porque:

- Desarrollé el síndrome de Guillain-Barre en las seis semanas siguientes a la aplicación de la vacuna contra la influenza.
- Tengo una alergia grave a los huevos.
- Desarrollé una reacción alérgica grave después de una dosis previa de la vacuna contra la influenza y no hay tipos alternativos de la vacuna que no me causarían consecuencias médicas graves.

Nombre en letra de molde

Firma (de la persona que solicita la exención o del tutor legal de la persona mencionada).

Fecha

Para que la llene el proveedor de cuidado de la salud:

Un proveedor puede otorgar una exención médica sólo si hay una contraindicación médica a la vacuna.

- Soy el proveedor de cuidado de la salud de _____.
- Soy un doctor en medicina (MD), doctor en naturopatía (ND), doctor en osteopatía (DO), enfermero registrado avanzado (ARNP) o asistente médico (PA) calificado y con licencia en los términos del Título 18 RCW.
- Le he informado de la importancia de la vacuna contra la influenza para proteger a los niños vulnerables que viven en el hogar.
- Él o ella no califica para la vacuna recombinante (RIV3), que no contiene proteína de huevo.
- He revisado su historial médico y certifico que la información expresada en este formulario esta completa y es correcta.

Seleccione una casilla:

- Esta exención médica es necesaria de manera permanente.
- Esta exención médica es necesaria hasta el _____.
Fecha

Firma del proveedor de cuidado de la salud con licencia

Fecha