

**Certificado de exención**  
**Certificate of Exemption**

**Sección 1. Instrucciones para padres o tutores**

Para que este formulario sea válido por razones religiosas, personales, filosóficas o médicas:

- Llene la información de su hijo en los recuadros 1 a 4.
- Lea la Declaración del padre o tutor.
- Escriba sus iniciales en donde se indica.
- Escriba su nombre en letra de molde, firme y ponga la fecha en los recuadros 5 y 6.
- **Haga que un proveedor llene la Sección 2 en la parte inferior de este formulario.**

1. APELLIDO DEL NIÑO	2. NOMBRE / INICIAL INTERMEDIA DEL NIÑO	3. FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	4. SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
----------------------	-----------------------------------------	----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

Soy un padre o tutor del niño arriba mencionado. Una o más de las vacunas requeridas están en conflicto con mis creencias personales, filosóficas o religiosas.

**Declaración del padre o tutor**

Entiendo que:  
INICIALES

\_\_\_\_\_ Me pondré en contacto con mi licenciador si cualquier persona en mi casa contrae una infección seria o una enfermedad contagiosa que sea una amenaza para los niños bajo mi cuidado. En ese momento mi hogar se colocará en situación de no recibir más niños hasta que termine el contagio. Si soy contactado para una colocación, la rechazaré hasta que el contagio pase.

\_\_\_\_\_ Exentar a mi niño de alguna o de todas las vacunas requeridas puede causar una enfermedad seria, discapacidad o muerte a mi niño o a otros. Comprendo los riesgos y los posibles resultados de mi decisión de exentar a mi niño.

\_\_\_\_\_ La información proporcionada en este formulario es completa y correcta.

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN LETRA DE MOLDE	FIRMA DEL PADRE O TUTOR	FECHA
--------------------------------------------	-------------------------	-------

**Sección 2. Instrucciones para el proveedor de cuidado médico**

Para que este formulario sea válido:

- Marque cuál(es) enfermedad(es) y qué tipo de exención se solicita. Si la exención es médica, escriba una **T** para Temporal o **P** para Permanente.
  - Hable con el padre o tutor sobre los beneficios y los riesgos de las inmunizaciones.
  - Lea la Declaración del proveedor.
  - Escriba su nombre y credenciales con letra de molde, firme y ponga la fecha en los recuadros 7 y 8.
- \* Un proveedor puede conceder una exención médica solamente si existe una contraindicación médica válida para una vacuna.

**Si tiene tutela temporal de niños menores de 2 años:**

- \* No se puede conceder una exención para **tos ferina**.
- \* Una exención para la **vacuna contra la influenza** debe ser a causa de consecuencias médicas graves y requiere llenar el formulario DSHS 10-565.

ENFERMEDAD	PERSONAL / FILOSÓFICA	RELIGIOSA	MÉDICA (T / P)*	FECHA DE EXPIRACIÓN PARA MÉDICA TEMPORAL
Difteria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Influenza tipo B (Hib)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tos ferina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Neumococo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Todas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Declaración del proveedor**

Declaro que:

- He hablado con el padre o tutor legal sobre los beneficios y riesgos de las inmunizaciones como condición previa para exentar a su niño.
- 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.
- La información proporcionada en este formulario es completa y correcta.

7. NOMBRE DEL PROVEEDOR EN LETRA DE IMPRENTA	8. FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
----------------------------------------------	------------------------	-------

<sup>1</sup> RCW 28A.210.080-090 "Antes de o en el primer día de asistencia de todo niño a cualquier escuela pública o privada o guardería con licencia en el Estado de Washington, el padre o tutor debe presentar evidencia de: (1) inmunización completa, (2) el inicio de un programa de inmunización y el cumplimiento con el mismo, de acuerdo a lo requerido por las reglas de la Junta Estatal de Salud, o (3) un certificado de exención firmado por un padre o tutor y que esté A) firmado por un proveedor de cuidado de la salud con licencia o B) compruebe la pertenencia a una iglesia u organización religiosa que prohíba a los profesionales del cuidado de la salud proporcionar tratamiento médico a los niños".

**AVISO: Llene este lado si pertenece a una iglesia o religión que tiene objeciones al uso de tratamientos médicos.<sup>1</sup>**

Si tiene una objeción religiosa a las vacunas, pero las creencias o enseñanzas de su iglesia o religión permiten que su niño reciba tratamiento de profesionales médicos como doctores y enfermeros, entonces debe utilizar el Lado A de este Certificado de exención.

**Sección 3. Instrucciones para padres o tutores**

Para que este formulario sea legalmente válido por razones de pertenencia religiosa:

1. Llene la información de su hijo en los recuadros 1 a 4.
2. Lea la Declaración del padre o tutor y coloque sus iniciales en donde se indica.
3. Proporcione el nombre de la iglesia o religión a la que pertenece, y escriba su nombre con letra de molde, firme y ponga la fecha en los recuadros 5 a 7.

1. APELLIDO DEL NIÑO	2. NOMBRE / INICIAL INTERMEDIA DEL NIÑO	3. FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	4. SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
----------------------	-----------------------------------------	----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

Soy un padre o tutor del niño arriba mencionado y exento a mi niño de todas las vacunas requeridas.

**Declaración del padre o tutor**

Entiendo que:

INICIALES

- \_\_\_\_\_ Me pondré en contacto con mi licenciador si cualquier persona en mi casa contrae una infección seria o una enfermedad contagiosa que sea una amenaza para los niños bajo mi cuidado. En ese momento mi hogar se colocará en situación de no recibir más niños hasta que termine el contagio. Si soy contactado para una colocación, la rechazaré hasta que el contagio pase.
- \_\_\_\_\_ Exentar a mi niño de alguna o de todas las vacunas requeridas puede causar una enfermedad seria, discapacidad o muerte a mi niño o a otros. Comprendo los riesgos y los posibles resultados de mi decisión de exentar a mi niño.
- \_\_\_\_\_ La información proporcionada en este formulario es completa y correcta.

Afirmo que soy miembro de una iglesia o religión cuyas enseñanzas prohíben que los profesionales del cuidado de la salud proporcionen cualquier tratamiento médico a mi niño.

5. NOMBRE DE LA IGLESIA O RELIGIÓN A LA QUE PERTENECE		
6. NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN LETRA DE MOLDE	7. FIRMA DEL PADRE O TUTOR	FECHA

<sup>1</sup> RCW 28A.210.090 "El padre o tutor legal demuestra su pertenencia a una organización religiosa o iglesia en la que las creencias o enseñanzas religiosas de la iglesia prohíben que los profesionales del cuidado de la salud proporcionen tratamiento médico al niño".