



ESTADO DE MICHIGAN

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS
LANSING

GRETCHEN WHITMER
GOVERNOR

ROBERT GORDON
DIRECTOR

Formulario de Contraindicación Médica 2020

La ley de vacunación de Michigan requiere que se vacune a un menor inscrito en una escuela o centro de cuidado de menores contra las enfermedades especificadas, a menos que aplique una exención válida. Se exime a un menor de estos requisitos para cualquier vacunación específica, por cualquier periodo de tiempo, para la cual un médico (MD/DO) certifique que una vacunación específica es o podría ser perjudicial para la salud del menor. La *Guía de Contraindicaciones y Precauciones de las Vacunas de Uso Frecuente* puede encontrarse en www.immunize.org/catg.d/p3072a.pdf. Cualquier menor con una **contraindicación médica** para una vacuna específica se considera susceptible a dicha enfermedad que puede prevenirse con vacunas y está sujeto a exclusión de la escuela o del centro de cuidado de menores si ocurre un brote de la enfermedad en la escuela o centro de cuidado de menores.

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE (*campos requeridos):

* NOMBRE DEL MENOR (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre): _____

* FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año): _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____

DIRECCIÓN: _____

TELEFONO: _____

*PROGRAMA PREESCOLAR O CENTRO DE CUIDADO DE MENORES O NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

* Las siguientes inmunizaciones están médicamente contraindicadas:

DTaP, DT, Td, Tdap (Difteria, Tétanos, Tos Ferina)

Polio

Hepatitis B

MMR (Sarampión, Paperas, Rubeola)

Haemophilus influenzae tipo b

Conjugado Neumocócico (PCV)

Varicela (Ilechina)

Conjugada Antimeningocócica (MenACWY)

* **Motivo de exención:** _____

Recurso: se pueden encontrar contraindicaciones médicas válidas en www.immunize.org/catg.d/p3072a.pdf; documento *Guía de Contraindicaciones y Precauciones para las Vacunas de Uso Común*.

* **La exención continuará hasta (mes / día / año):** _____

* **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL MÉDICO (MD / DO):** _____

* **DIRECCIÓN DE LA OFICINA DEL MÉDICO (MD / DO):** _____

* **NÚMERO DE TELÉFONO del MÉDICO (MD / DO):** _____

* **FIRMA DEL MÉDICO (MD / DO):** _____ *Fecha: _____

El formulario original se presenta en el programa preescolar, centro de cuidado de menores o escuela del niño. El consultorio médico debe conservar una copia para sus registros médicos.