



ESTADO DE MICHIGAN
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
LANSING
FORMULARIO DE EXENCIÓN DE VACUNACIÓN 2020

GRETCHEN WHITMER
GOVERNOR

ROBERT GORDON
DIRECTOR

INSTRUCCIONES PARA LOS PROGENITORES O TUTORES:

Las Secciones 9208 y 9211 del Código de Salud Pública de Michigan requieren que un padre, tutor o persona *in loco parentis* que solicite que un niño se registre por primera vez en una escuela de Michigan y / o en el séptimo grado, o en un programa de residencia grupal, cuidado o acampar en este estado deberá presentar a los funcionarios en el momento de la inscripción o antes del primer día de inscripción en la escuela o el programa, un certificado de inmunización que verifique que el niño ha sido vacunado contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, el sarampión, paperas, rubéola, poliomielitis, hepatitis B y varicela (varicela). Además, se requieren vacunas conjugadas neumocócicas y Haemophilus influenzae tipo b para niños en edad preescolar, y la vacuna conjugada meningocócica y Tdap se requieren para niños de 11 años de edad o mayores al ingresar al séptimo grado o superior y recién inscritos en el distrito.

Un padre o tutor que desee eximir a su hijo de una vacuna particular debe proporcionar este formulario de exención indicando las objeciones religiosas o filosóficas a la (s) vacuna (s). Esta exención debe estar certificada por el departamento de salud local. Un niño que ha sido exento de una vacuna se considera susceptible a la enfermedad o enfermedades para las cuales la vacuna ofrece protección. **El niño puede estar sujeto a la exclusión de la escuela o el programa si la autoridad de salud pública local y / o estatal aconseja la exclusión como medida de control de la enfermedad.**

Al firmar esta exención, reconozco que he asistido a la sesión de exención y me han informado sobre las vacunas y las enfermedades que se pueden prevenir con vacunas. Además, comprendo que a mi hijo(a) lo(a) pueden excluir de la escuela o centro de cuidado de menores si el departamento de salud local determina que es necesario controlar la aparición de una enfermedad que se puede prevenir con vacunas.

TODA LA INFORMACIÓN DEBE LLENARSE ABAJO (*Campos requeridos):

Me opongo a que mi hijo(a), Pequeño Michiguense, nacido(a) el 00-00-año, sea inmunizado con las vacunas que
(*Primer Nombre y Apellido) (*Fecha de Nac.)

he marcado abajo: (*Campos requeridos):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DTaP, DT, Td, Tdap (Difteria,, Tétanos, Tos Ferina) | <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae tipo b |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Antineumocócica Conjugada (PCV) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Varicela (lechina) |
| <input type="checkbox"/> MMR (Sarampión, Paperas, Rubeola) | <input type="checkbox"/> Antimeningocócica Conjugada (MenACWY) |

*Motivo: Descripción del motivo filosófico o religioso

* Nombre del Progenitor(es)/Tutor(es): Sra. M. Michiguense

*Dirección: Cualquier Calle, Ciudad, MI XXXXX

Teléfono: xxx-xxx-xxxx

*Programa Preescolar o Guardería Acreditada O Nombre de la Escuela: Cualquier Escuela, Preescolar, o Guardería

*Firma del Progenitor o del Tutor: Sra. Michiguense

*Fecha de Firma 00-00 año

*Firma del Departamento de Salud Local (Sello) XXXX RN

*Fecha de Firma 00-00 año

Copia - Departamento de Salud | Original - Padre / Tutor (son responsables de enviar a la escuela)

DCH-0716

AUTHORITY: P.A.368, PART 92,1978, as amended

Rev. January 1, 2020

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS, por sus siglas en inglés) no discrimina contra ningún individuo o grupo debido a su raza, religión, edad, nacionalidad de origen, color, estatura, peso, estado civil, información genética, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, creencias políticas o discapacidad.

333 SOUTH GRAND AVENUE • PO BOX 30195 • LANSING, MICHIGAN 48909

www.michigan.gov/mdhhs • 517-373-3740