



ESTADO DE MICHIGAN
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
LANSING

GRETCHEN WHITMER
GOVERNOR

ELIZABETH HERTEL
DIRECTOR

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE VACUNACIÓN 2021

INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES O TUTORES:

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

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

Al firmar esta exención, reconozco que he asistido a la sesión de exención y se me ha informado sobre las vacunas y las enfermedades que pueden prevenirse con vacunas. También entiendo que mi hijo(a) puede ser excluido(a) de la escuela o el centro de cuidado de menores si el departamento de salud local determina que es necesario controlar la ocurrencia de una enfermedad que puede prevenirse con vacunas.

SE DEBE COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN (*Campos requeridos):

Me opongo a que mi hijo(a), _____, nacido(a) el _____, sea inmunizado(a)
(*Nombre y *Apellido) (*Fecha de Nacimiento)

con las vacunas que he marcado a continuación (***Campos Requeridos**):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DTaP, DT, Td, Tdap (Difteria, Tétanos, Tos Ferina) | <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> 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, Parotiditis, Rubeola) | <input type="checkbox"/> Antimeningocócica conjugada (MenACWY) |

*Motivo: _____

*Nombre del (de los) Progenitor(es)/Tutor(es): _____

*Dirección: _____

Teléfono: _____

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

*Firma del (de los) Progenitor(es)/Tutor(es): _____ *Fecha de Firma: _____

*Firma del Departamento de Salud Local (Sello): _____ *Fecha de Firma: _____

Copia – Departamento de Salud | **Original** - Progenitor/Tutor (son responsables de entregar a la escuela)

DCH-0716

AUTHORITY: P. A. 368 OF 1978, Parte 92

Rev. January 10, 2021

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) no discrimina a ninguna persona o grupo debido a su raza, religión, edad, origen nacional, 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 • 517-241-3740