



ESTADO DE MICHIGAN  
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
LANSING

GRETCHEN WHITMER  
GOVERNOR

ELIZABETH HERTEL  
DIRECTOR

### Formulario de Contraindicación Médica 2021

La ley de vacunación de Michigan requiere que se vacune a un niño inscrito en una escuela o centro de cuidado infantil contra las enfermedades especificadas, a menos que aplique una exención válida. Se exime a un niño de estos requisitos para cualquier vacuna específica, por cualquier período de tiempo para el que un médico (MD/DO) certifique que una vacuna específica es o puede ser perjudicial para la salud del niño. Una *Guía de Contraindicaciones y Precauciones relacionadas con las Vacunas de Uso Frecuente* se puede encontrar en [www.immunize.org/catg.d/p3072a.pdf](http://www.immunize.org/catg.d/p3072a.pdf). Cualquier niño con una **contraindicación médica** válida para una vacuna específica se considera susceptible a esa enfermedad prevenible por vacunación y está sujeto a la exclusión de la escuela o del centro de cuidado infantil si ocurre un brote de la enfermedad en la escuela o el centro de cuidado infantil.

**POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE (\*Campos requeridos):**

\*NOMBRE DEL NIÑO (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre): \_\_\_\_\_

\*FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROGENITOR/TUTOR: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

\*NOMBRE DEL PROGRAMA PREESCOLAR O CENTRO DE CUIDADO INFANTIL O DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

**\*La(s) siguiente(s) vacuna(s) está(n) médicamente contraindicada(s):**

- |   |  |
|---|--|
| <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 (Iechina)                    |
| <input type="checkbox"/> MMR (Sarampión, Parotiditis, Rubeola)              | <input type="checkbox"/> Antimeningocócica conjugada (MenACWY) |

\*Motivo de la exención: \_\_\_\_\_

**Recurso:** Las contraindicaciones médicas válidas se pueden encontrar en [www.immunize.org/catg.d/p3072a.pdf](http://www.immunize.org/catg.d/p3072a.pdf); documento *Guía de Contraindicaciones y Precauciones relacionadas con las Vacunas de Uso Frecuente*.

\*La exención continuará hasta (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_

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

\*DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO DEL MÉDICO (MD/DO): \_\_\_\_\_

\*NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO (MD/DO): \_\_\_\_\_

\*FIRMA DEL MÉDICO (MD/DO): \_\_\_\_\_ \*FECHA: \_\_\_\_\_

**El formulario original se entrega al programa preescolar, centro de cuidado infantil o a la escuela del niño. El consultorio médico debe conservar una copia para sus registros médicos.**