



ESTADO DE MICHIGAN

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

RICK SNYDER  
GOBERNADOR

LANSING

NICK LYON  
DIRECTOR

**Formulario de contraindicación médica 2018**

La ley de inmunización de Michigan exige que todo niño incorporado a una escuela o una guardería esté inmunizado contra las enfermedades especificadas, a menos que exista una exención válida. Un niño queda exento de las exigencias de cualquier inmunización específica durante el período de tiempo que el médico certifique que una inmunización específica sea o pueda ser perjudicial para la salud del niño. En [www.immunize.org/catg.d/p3072a.pdf](http://www.immunize.org/catg.d/p3072a.pdf), se puede encontrar la *Guía de contraindicaciones y precauciones de las vacunas comúnmente usadas*. Cualquier niño que tenga **contraindicación médica** para alguna vacunación en particular es considerado susceptible a la enfermedad prevenible por esa vacuna, y queda sujeto a la exclusión de la escuela o la guardería, si surgiera un brote de la enfermedad en la escuela o la guardería.

**POR FAVOR, ESCRIBA EN IMPRENTA:**

NOMBRE DEL NIÑO/A (Apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre):	FECHA DE NACIMIENTO (M/D/A):
Nombre del programa de preescolar, guardería o escuela:	

Las siguientes inmunizaciones tienen contraindicación médica:

- |   |   |
|---|---|
| <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"/> <i>Neumocócica conjugada</i>         |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B  | <input type="checkbox"/> <i>Varicela (lechina)</i>            |
| <input type="checkbox"/> MMR (sarampión, paperas, rubéola)                  | <input type="checkbox"/> <i>Meningocócica conjugada</i>       |

Razón de la exención \_\_\_\_\_

Recursos para contraindicaciones médicas válidas en [www.immunize.org/catg.d/p3072a.pdf](http://www.immunize.org/catg.d/p3072a.pdf); documento: *Guía de contraindicaciones y precauciones de las vacunas comúnmente usadas*.

La exención continuará hasta el (M/D /A): \_\_\_\_\_

ESCRIBA EN IMPRENTA EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DEL MÉDICO	TELÉFONO  (    )
FIRMA DEL MÉDICO (OBLIGATORIA)	FECHA

*Archivar en el registro permanente del niño.*