



**SOLICITUD DE EXCEPCION MEDICO  
DE VACUNAS OBLIGATORIAS NECESARIAS PARA ASISTIR A ESCUELAS E INSTALACIONES DE  
CUIDADO INFANTIL**

Wyoming Department of Health, Immunization Unit, Attn: Waivers  
6101 Yellowstone Road, Suite 420, Cheyenne, WY 82002  
307-777-7952 • [www.immunizewyoming.com](http://www.immunizewyoming.com)



Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (conocidos por las siglas CDC) y el Departamento De Salud de Wyoming, reconocen las inmunizaciones como una de las herramientas más eficaces en la prevención y reducción de riesgo asociados con ciertas enfermedades.

Según el Estatuto del Estado de Wyoming, Anexo 21-4-30, sólo se permite la presentación de excepciones basadas en creencias religiosas y contraindicaciones médicas. Este Estatuto Anexo de Wyoming **NO** permite el consenso de la solicitud de excepción, que se base en creencias personales ó filosóficas.

**ENVIE LA SOLICITUD DE EXCEPCION AL OFICIAL DE SALUD ESTATAL, LA DIRECCION ANTEDICHA Ó A LA OFICINA DE SALUD DE SU CONDADO.**

INFORMACION DEL CLIENTE	
Nombre:	Inicial:
Apellido:	
Fecha de Nacimiento: ____/____/____	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	

Marque la casilla, si el cliente es un menor de edad emancipado/a ó mayor de 18 años de edad.

INFORMACION DE PADRES/GUARDIAN
Nombre:
Apellido:
Relación con el Cliente:
Dirección:
Ciudad, Estado, Código Postal:
Teléfono:

DETERMINACION
Envie la determinación por : <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> La Recogeré <input type="checkbox"/> Correo Electrónico Cifrado

**Physician’s Statement (Declaration de Medico)**

Esta sección debe ser completada por un médico desacralizado en los EE. UU. Un documento separado que proporciona la misma información también puede ser provisto.

This section must be completed by a physician liscenced in the U.S. A separate document providing the same information may also be provided.

**List the vaccines for which a contraindication exists:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Describe the contraindication(s) experienced by the client:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I certify that the physical condition of the above named client is such that vaccination would endanger his/her life or health, or is medically contraindicated due to other medical conditions. I certify that I am a primary health care provider as defined in Wyo. Stat. Ann. § 35-22-40 and that the information provided on this form is complete and accurate.

**Physician Name (print):** \_\_\_\_\_ **Medical License #:** \_\_\_\_\_

**Physician Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Additional Physician Notes:** \_\_\_\_\_

## DECLARACION DE PADRES/GUARDIAN

Yo \_\_\_\_\_, solicito una excepción de las vacunas obligatorias, identificadas en  
Escriba el Nombre de Padres/Guardian

la Declaración del Médico para \_\_\_\_\_ debido a la existencia de una contraindicación médica.  
Nombre del Cliente

Entiendo que mi hijo/a no podrá asistir a una Instalación de Cuidado Infantil de Wyoming, Head Start, Guardería ó Escuela, durante un brote de enfermedad, que haya sido declarado, por un Funcionario de Salud Estatal ó un Oficial de Salud del Condado. También entiendo, que si esta solicitud es aprobada, seré responsable de proporcionar una copia de la excepción autorizada, a las Instalaciones de Cuidado Infantil , Head Start, Guardería ó Escuela. La información que he proporcionado en este formulario, es completa y exacta. Reconozco que he leído y comprendo este documento en su totalidad .

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres/ Guardian (Cliente si está emancipado/a ó mayor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Aviso:** El Departamento de Salud de Wyoming, usa información sobre la salud de acuerdo al Aviso de Práctica de Privacidad. El cual puede encontrarse y está disponible bajo petición en la página de internet <https://health.wyo.gov/admin/privacy/>

### DETERMINACION DE EXCEPCION

(Sólo para uso oficial de Oficiales de la Salud Pública Estatal y del Condado)

No ha sido Aprobado\*       No se puede Procesar\*

\* Referirse a la carta incluida, para obtener información adicional sobre peticiones que no se aprobaron ó no se procesaron.

Aprobada, se ha hecho una excepción de las siguientes inmunización (es) obligatorias:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Oficial Estatal de Salud ó del Oficial de Salud del Condado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Aviso:** Si el padre/madre/guardian ó cliente se oponen a la determinación antedicha, pueden pedir por escrito un análisis y decisión final del Oficial de Salud Estatal.