



## SOLICITUD DE EXCEPCION RELIGIOSA DE VACUNAS OBLIGATORIAS NECESARIAS PARA ASISTIR A ESCUELAS E INSTALACIONES DE CUIDADO INFANTIL

Wyoming Department of Health, Immunization Unit, Attn: IMM 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 una 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: ____/____/____	
Sex: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	

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

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

DETERMINACION
Envie la Determinación por:   __ Correo   __ La Recogeré   __ Correo Electrónico Cifrado

### EXCEPCION PARA VACUNA Ó VACUNAS

Contacte a su Médico, a una Oficina de Enfermeras de Salud Pública, ó a la Unidad de Inmunizaciones, si tiene usted preguntas sobre las vacunas.

#### Casilla de verificacion

	<b>Difteria, el Tétano y la Tos Ferina (DTaP/Tdap)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síntomas y efectos de la Difteria incluyen: insuficiencia cardíaca, parálisis (no poder mover partes del cuerpo), problemas de respiración, coma y muerte.</li> <li>▪ Síntomas y efectos del Tétano incluyen: inmovilización de la mandíbula, dificultad al tragar y respirar, convulsiones (espasmos y mirada fija) contracciones dolorosas de los músculos de la cabeza del cuello y muerte.</li> <li>▪ Síntomas y efectos de la Tos Ferina incluyen: ataque de tos severa, que puede causar vómitos y extenuación, neumonía, convulsiones (espasmos y mirada fija) daño cerebral y muerte.</li> </ul>	
	<b>Hemófilus grupo b (Hib)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síntomas y efectos de esta enfermedad incluyen: meningitis (infección del cerebro y la médula espinal), neumonía, inflamación severa de la garganta que dificulta la respiración, infecciones en la sangre, articulaciones, huesos, la membrana que cubre el corazón y muerte.</li> </ul>	
	<b>Hepatitis B (Hep B)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síntomas y efectos de esta enfermedad incluyen: ictericia (color amarillento en la piel y ojos) problemas del hígado de por vida, cómo serian cicatrización, cancer del hígado y muerte .</li> </ul>	
	<b>Poliomyelitis (IPV)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síntomas y efectos de esta enfermedad incluyen: parálisis (no poder mover partes del cuerpo) meningitis (infección del cerebro y la médula espinal), discapacidad permanente y muerte.</li> </ul>	

	<b>el Sarampión, la Papera, y la Rubéola (MMR)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síntomas y efectos del Sarampión incluyen: neumonía, convulsiones (espamos y mirada fija) daño cerebral y muerte.</li> <li>▪ Síntomas y efectos de la Papera incluyen: meningitis (infección del cerebro y la médula espinal) inflamación dolorosa de los ovarios y Testículos, esterilidad, sordera y muerte</li> <li>▪ Síntomas y efectos de la Rubéola incluyen: erupción cutánea, dolor en los músculos ó articulaciones.</li> </ul>
	<b>Rotavirus</b>
	▪ Síntomas y efectos del rotavirus incluyen: diarrea aguada, vómitos, fiebre, dolor de estómago y deshidratación .
	<b>Varicela</b>
	▪ Síntomas y efectos de esta enfermedad incluyen: severas infecciones de la piel, neumonía, daño cerebral y muerte.
	<b>Antineumocócica</b>
	<p><b>Sin la vacuna Antineumocócica, mi hijo/a y yó, estaríamos a riesgo de contraer Neumonía, Meningitis, Bacteriemia ó Septicemia.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síntomas y efectos de la neumonía (infección pulmonar) fiebre, escalofríos, dificultad al respirar, y dolor del torax.</li> <li>▪ Síntomas y efectos de la meningitis, (infección del tejido cerebral y la médula espinal) incluyen: rigidez del cuello, fiebre, dolor de cabeza, sensibilidad a la luz, y confusión.</li> <li>▪ Síntomas y efectos de la <i>bacteremia</i> (infección en la sangre) incluye: fiebre, escalofríos, bajo estado de alerta.</li> </ul> <p>Síntomas y efectos de la septicemia incluyen: daños al tejido, insuficiencia de los órganos y muerte. Síntomas incluyen: confusión, elevada frecuencia cardíaca, falta de aire, dolor extremo y fiebre.</p>

### DECLARACION DE PADRES/GUARDIAN

Yo \_\_\_\_\_, certifico que tengo una verdadera objeción religiosa a la inmunización(s)  
Escriba el Nombre de Padres/Guardian  
 enunciadas en esta planilla, por lo tanto estoy solicitando una excepción para \_\_\_\_\_.  
Escriba el Nombre del Cliente

Yo entiendo que:

- Mi hijo/a no podrá asistir a una Instalación de Cuidado Infantil, Head Start, Guardería ó Escuela, durante un brote de enfermedad, declarado por un Funcionario de Salud Pública Estatal ó del Condado. \_\_\_\_\_ **(iniciales)**
- El Excluir a mi hijo/a de algunas ó todas las vacunas requeridas, pueden dar lugar a enfermedades graves, discapacidad ó muerte para mi hijo/a u otras personas. Entiendo los riesgos y posibles resultados de mi decisión al excluir a mi hijo/a \_\_\_\_\_ **(iniciales)**

También entiendo, que si esta solicitud es aprobada, seré responsable de proporcionar una copia de la excepción autorizada a las Instalaciones de Cuidado Infantiles, Head Start, Guardería ó Escuelas. 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 (si está emancipado/a ó mayou de 18 años de edad)**

\_\_\_\_\_  
**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.