Wyo. Stat. Ann. §§ 21-4-309 and 14-4-116 permite exenciones a las vacunas obligatorias requeridas para asistir a los centros de cuidado infantil y escuelas (K-12) basado en creencias regligiosas o contraindicación médica.

**Utilizando la información anterior, presente las solicitudes al Oficial de Salud del Estado o al Oficial de Salud del Condado**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Información del Cliente** |  | **Información del Padre/Madre/Tutor** |
| Primer Nombre: Inicial del Segundo Nombre: |  | Primer Nombre: |
| Apellido: |  | Apellido: |
| Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Dirrección de Correo:  |
| Sexo: | Femenino  | Masculino  |  | Ciudad, Estado, Código Postal: |
| Emancipated minor or over 18 years of age. |  | Teléfono:  |
| Si aplica, nombre de la escuela (K-12): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* Las exenciones son transferibles a cualquier escuela en Wyoming. |

|  |
| --- |
| **Declaración del Médico**Esta sección debe ser completada por un médico con licencia en los Estados Unidos |

Marque la casilla próxima a la vacuna(s) para la cual existe una contraindicación[[1]](#footnote-1) existe.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Difteria, Tétano y Tosferina (DTaP/Tdap) |  | Polio (IPV) |
|  |  |  |  |
|  | Haemophilus Influenzae tipo B (HIB) |  | Neumocócico (PCV-13) |
|  |  |  |  |
|  | Hepatitis B ( HepB) |  | Rotavirus (RV) |
|  |  |  |  |
|  | Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR) |  | Varicela (VAR) |

### *\*El Comité Consultivo sobre Prácticas de Vacunas (ACIP, siglas inglés) proporciona una lista de contraindicaciones a las vacunas de uso común, así como una lista de las condiciones percibidas incorrectamente en las Pautas Generales de Buenas Prácticas para Vacunas que se encuentra en:*[*https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html*](https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html)*.*

Certifico que existe una condición en el cliente indicado arriba que aumenta el riesgo de una reacción adversa grave a las vacunas indicadas. También certifico que tengo una licencia médica válida en los Estados Unidos y que la información proporcionada en este formulario es completa y precisa.

**Nombre en Imprenta:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Número de Licencia Médica:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Notas Adicionales:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nota: Si necesita más información, el oficial de Salud del Estado o el Oficial de Salud del Condado puede contactarse con usted.

**Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Parent/Guardian Declaration** |

Según la recomendación de médico, estoy solicitando una exención a las vacunas obligatorias para mí o mi hijo para asistir al preescolar en Wyoming, centro de cuidado infantil o escuela (K-12) debido a la existencia de una contraindicación médica.

Entiendo que:

* Si esta solicitud es aprobada, es mi responsabilidad proporcionar una copia de la exención aprobada al centro de cuidado infantil, head start, pre-escolar o escuela.
* No se permitirá asistir a mi niño a un centro de cuidado infantil, head start, pre-escolar o escuela (K-12) durante un brote de enfermedad prevenible por vacunación cuando sea declarado por el Oficial de Salud del Estado o un Oficial de Salud del Condado.

La información que he proporcionado en este formulario es completa y exacta. Reconozco que he leído este documento en su totalidad y lo entiendo completamente

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma del Padre/Madre/Tutor o Cliente Emancipado Fecha**

**¿Cómo desearía que la determinación de exención sea devuelta a usted?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Correo |  | Recogerlo |  | Correo Electrónico: |  |

|  |
| --- |
| **Acuerdo del Padre/Madre/Tutor para Revelar la Determinación de la Exención** |
| Si desea que la determinación de la exención sea enviada a la escuela en Wyoming (K-12), por favor complete la información a continuación.. **Nombre de la Escuela:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Atención:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Número de Fax:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **o Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Para solicitar que una copia de esta determinación de exención sea enviada a personas u organizaciones aparte de la escuela en Wyoming (K-12), por favor complete el formulario de Autorización de Divulgación WDH de los Registros de Salud localizado en<https://health.wyo.gov/admin/privacy/>.  |

 **Determinación de Exención**

*Sólo para el Uso del Oficial de Salud del Condado ul Oficial de Salud del Estado*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | No Aprobado \* |  | No se puede Procesar \* | \**Para más información, refiérase a la carta adjunta.* |
|  |
|  | Aprobado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma del Oficial de Salud del Estado o Condado Fecha**

**Notas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Contraindicación significa una condición en un receptor que aumenta el riesgo de una reacción adversa grave a la vacuna. [↑](#footnote-ref-1)