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: | | |  | Primer Nombre: |
| Apellido: | | |  | Apellido: |
| Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | Dirección de Correos: |
| Sexo: | Femenino | Masculino |  | Ciudad, Estado, Código Postal: |
| Menor emancipado o mayor de 18 años de edad. | | |  | Teléfono: |
| Si aplica, nombre de la escuela (K-12): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \* Las exenciones son transferibles a cualquier escuela en Wyoming. | | | | |
| **Vacunas Solicitadas: Marque una casilla próxima a cada vacuna que está solicitando sea exenta.** | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Difteria, Tétano y Tosferina (DTaP/Tdap)** |
| * Los síntomas y efectos de la difteria incluyen insuficiencia cardíaca, parálisis, problemas de respiración, coma y muerte. * Los síntomas y efectos del tétano incluyen: mandíbula “trabada”, dificultad para tragar y respirar, convulsiones (espasmos y fijación de la mirada), contracción dolorosa de los músculos en la cabeza y cuello, y muerte. * Los síntomas y efectos de la tosferina incluyen: ataque severo de tos que pueden causar vómito y agotamiento, neumonía (infección del pulmón), convulsiones, daño cerebral y muerte. | |
|  | **Haemophilus Influenzae tipo b (Hib)** |
| * Los síntomas y efectos de esta enfermedad incluye **meningitis** (infección del cerebro y de la cubertura de la médula espinal), neumonía, hinchazón severa de la garganta, infecciones de sangre, coyunturas, huesos, corazón y muerte. | |
|  | **Hepatitis B (HepB)** |
| * Los síntomas y efectos de la **hepatitis b** incluye ictericia (ojos o piel amarilla), problemas a largo plazo del hígado, tales como cicatrices y cáncer del hígado, y muerte. | |
|  | **Polio (IPV)** |
| * Síntomas y efectos de la **polio** incluyen parálisis, meningitis, discapacidad permanente, y muerte. | |
|  | **Rotavirus** |
| * Los síntomas y efectos del **rotavirus** incluyen diarrea líquida, vomito, fiebre, dolor de estómago y deshidratación severa. | |
|  | **Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)** |
| * Los síntomas y efectos del Sarampión incluyen neumonía, convulsiones, daño cerebral y muerte. * Los síntomas y efectos de paperas incluye meningitis, esterilidad, sordera y muerte. * Los síntomas y efectos de la rubéola incluyen sarpullido, artritis, y dolor muscular o de las coyunturas. Si está embarazada esta enfermedad puede causar severos defectos de nacimiento o pérdida del embarazo. | |
|  | **Neumocócico (PCV-13)** |
| * Los síntomas y efectos de **neumonía** incluyen fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar, dolor del pecho y posiblemente. * Los síntomas y efectos de la **meningitis** incluye rigidez del cuello, fiebre, dolor de cabeza, sensibilidad a la luz y confusión. * Los síntomas y efectos de **bacteriemia** (infección de la sangre) incluyendo fiebre, escalofríos y bajo nivel de alerta. * Los síntomas y efectos de **septicemia** incluye daño del tejido, falla en los órganos y muerte. * Cada uno de estos síntomas puede resultar en la muerte. | |
|  | **Varicella (VAR) “varicela”** |
| * Los síntomas y efectos de esta enfermedad incluyen infecciones severas de la piel, neumonía, daño cerebral y muerte. | |

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

|  |
| --- |
| **Declaración de los Padres/Tutor** |

Certifico que tengo una objeción religiosa a la vacuna (s) indicada en este formulario y por lo tanto estoy solicitando la exención de las vacunas obligatorias para mí o mi hijo para asistir al preescolar de Wyoming, centro de cuidado infantil o escuela (K-12).

Etiendo 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.
* Entiendo los riesgos y posibles resultados de mi decisión de eximir a mi niño de las vacunas obligatorias, lo cual puede incluir enfermedades graves, discapacidad o muerte.

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 de los Padres/Tutor o Cliente Emancipado Fecha**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Correo |  | Recogerlo |  | Correo electonico: |  |

|  |
| --- |
| **Acuerdo de los Padres/Tutor para Revelar la Determinación de Exención a la ESCUELA** |
| Si desea que la determinación de exención sea enviada a la escuela en Wyoming (K-12), por favor complete la información a continuación.  **Nombre de la Escuala:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Atención:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **Número de Fax:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **o Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Para recibir una copia de esta determinación de exención enviada a las personas u organizaciones apare 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**

*Official de Salud del Estado u Oficial de Salud del Condado*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | No Aprobabdo\* |  | No se puede Procesar\* |  |
|  | | | | |
|  | Aprobado para:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

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

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

\* *Para mas informacion se incluye la carta de referencia.*