



SOLICITUD DE EXENCIÓN RELIGIOSA

Departamento de Salud de Wyoming, Unidad de Vacunas

Atención: Exenciones, 122 West 25th Street, 3rd Floor West, Cheyenne, WY 82002

Phone: 307-777-7952 • Fax: 307-777-7996 • Email: wdh.immrecords@wyo.gov



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 religiosas 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 Niño	Información del Padre/Madre/Tutor
Primer Nombre:	Primer Nombre:
Apellido:	Apellido:
Fecha de Nacimiento: ____/____/____	Dirección de Correos:
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otra	Ciudad, Estado, Código Postal:
<input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/>	Difteria, Tétano y Tosferina (DTaP/Tdap)
	<ul style="list-style-type: none"> 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.
<input type="checkbox"/>	Haemophilus Influenzae tipo b (Hib)
	<ul style="list-style-type: none"> Los síntomas y efectos de esta enfermedad incluye meningitis (infección del cerebro y de la cubierta de la médula espinal), neumonía, hinchazón severa de la garganta, infecciones de sangre, coyunturas, huesos, corazón y muerte.
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B (HepB)
	<ul style="list-style-type: none"> 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.
<input type="checkbox"/>	Polio (IPV)
	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas y efectos de la polio incluyen parálisis, meningitis, discapacidad permanente, y muerte.
<input type="checkbox"/>	Rotavirus
	<ul style="list-style-type: none"> Los síntomas y efectos del rotavirus incluyen diarrea líquida, vomito, fiebre, dolor de estómago y deshidratación severa.
<input type="checkbox"/>	Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)
	<ul style="list-style-type: none"> 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.
<input type="checkbox"/>	Neumocócico (PCV-13)
	<ul style="list-style-type: none"> 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.
<input type="checkbox"/>	Varicella (VAR) “varicela”
	<ul style="list-style-type: none"> 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 electrónico: _____

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 Escuela: _____ 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

Oficial de Salud del Estado u Oficial de Salud del Condado

No Aprobado* 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.