



SOLICITUD DE EXENCIÓN MÉDICA

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:	Inicial del Segundo Nombre:	Primer Nombre:	
Apellido:		Apellido:	
Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____		Dirrección de Correo:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otra		Ciudad, Estado, Código Postal:	
<input type="checkbox"/> 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 contraindicación¹ existe.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Difteria, Tétano y Tosferina (DTaP/Tdap) | <input type="checkbox"/> Polio (IPV) |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus Influenzae tipo B (HIB) | <input type="checkbox"/> Neumocócico (PCV-13) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B (HepB) | <input type="checkbox"/> Rotavirus (RV) |
| <input type="checkbox"/> Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR) | <input type="checkbox"/> 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>.

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: _____ Estadio con Licencia: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Enumerar las razones de las contraindicación(s) médicas: _____

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

¹ Contraindicación significa una condición en un receptor que aumenta el riesgo de una reacción adversa grave a la vacuna.

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: _____