



Estado de Idaho CERTIFICADO DE EXENCIÓN

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento del Niño _____

Yo _____, como el padre, madre o guardián de _____,
Nombre del Padre/Madre/Guardián Nombre del Niño

A. MARQUE LA(S) CASILLA(S) PARA LA CUAL ESTÁ RECLAMANDO UNA EXENCIÓN

- DTaP (Difteria, Tétano, Tos Ferina) Polio MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola) Hepatitis B Hib
 Varicela Hepatitis A Neumocócica Influenza Rotavirus Virus del Papiloma Humano (HPV)
 Meningocócica

En el caso de que haya un brote de una enfermedad su hijo será excluido de la escuela. El período de exclusión puede ser de unos pocos días hasta varios meses y se puede extender a dos períodos de incubación después del último caso dependiendo de la enfermedad y el número de casos.

Por favor lea las siguientes declaraciones y anote sus iniciales al lado de cada declaración de las enfermedades que se pueden prevenir con vacunas para las cuales está reclamando una exención.

Difteria: Entiendo que al no recibir la vacuna contra la difteria, mi hijo corre el riesgo de desarrollar dolor de garganta, fiebre baja, complicaciones del corazón, parálisis, complicaciones respiratorias, coma y aún la muerte.

Iniciales Fecha

Tétano: Entiendo que al no recibir la vacuna contra el tétano, mi hijo corre el riesgo de desarrollar ataques y tal vez una enfermedad neuromuscular mortal.

Iniciales Fecha

Tos Ferina: Entiendo que al no recibir la vacuna contra la tos ferina, mi hijo corre el riesgo de desarrollar neumonía, ataques, inflamación del cerebro, complicaciones neurológicas y aún la muerte.

Iniciales Fecha

Polio: Entiendo que al no recibir la vacuna contra la polio, mi hijo corre el riesgo de desarrollar una fiebre, dolor de garganta, náusea, dolor de cabeza, dolor estomacal, rigidez y parálisis que puede causar discapacidad permanente y la muerte.

Iniciales Fecha

Sarampión: Entiendo que al no recibir la vacuna contra el sarampión, mi hijo corre el riesgo de desarrollar un sarpullido, fiebre alta, tos, nariz que gotea, ojos rojos y acuosos, diarrea, infecciones del oído, neumonía, encefalitis, ataques y la muerte.

Iniciales Fecha

Paperas: Entiendo que al no recibir la vacuna contra las paperas, mi hijo corre el riesgo de desarrollar una fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular, hinchazón de los ganglios linfáticos cerca de la mandíbula, meningitis, inflamación de los testículos u ovarios, esterilidad, artritis, inflamación del páncreas y sordera (por lo general permanente).

Iniciales Fecha

Rubéola: Entiendo que al no recibir la vacuna contra la rubéola, mi hijo corre el riesgo de desarrollar un sarpullido y fiebre en niños y jóvenes, defectos del nacimiento si se adquiere durante el embarazo que incluyen sordera, cataratas, defectos del corazón, retardo mental y daño al hígado y al bazo.

Iniciales Fecha



Estado de Idaho CERTIFICO DE EXENCIÓN

Hepatitis B: Entiendo que al no recibir la vacuna contra la hepatitis B, mi hijo corre el riesgo de desarrollar piel y ojos amarillos, cansancio, dolor estomacal, pérdida del apetito, náusea, o dolor en las coyunturas, problemas del hígado para toda la vida, tales como cicatrización del hígado y cáncer del hígado.

Iniciales

Fecha

Influenzae Haemophilus tipo b (Hib): Entiendo que al no recibir la vacuna contra la Influenzae Haemophilus tipo b (Hib), mi hijo corre el riesgo de desarrollar infecciones de la piel y la garganta, meningitis, neumonía, la sepsis, artritis, daños cerebrales permanentes y aún la muerte.

Iniciales

Fecha

Varicela (Viruelas Locas): Entiendo que al no recibir la vacuna contra la varicela, mi hijo corre el riesgo de desarrollar un sarpullido, fiebre, infecciones intensas de la piel, cicatrices, neumonía, daños cerebrales y aún la muerte.

Iniciales

Fecha

Hepatitis A: Entiendo que al no recibir la vacuna contra la hepatitis A, mi hijo corre el riesgo de desarrollar la ictericia (color amarillento de los ojos y la piel), dolor intenso de estómago y diarrea, hospitalización y aún la muerte.

Iniciales

Fecha

Neumocócica: Entiendo que al no recibir la vacuna contra la neumocócica, mi hijo corre el riesgo de desarrollar enfermedades severas incluyendo la meningitis, las infecciones de sangre, la neumonía, la sordera y daños cerebrales.

Iniciales

Fecha

Influenza (gripe): Entiendo que al no recibir la vacuna contra la influenza, mi hijo corre el riesgo de desarrollar una fiebre, tos, dolor de garganta, fríos, dolor de cabeza y dolores musculares a consecuencia del virus de influenza.

Iniciales

Fecha

Rotavirus: Entiendo que al no recibir la vacuna contra el rotavirus, mi hijo corre el riesgo de desarrollar la diarrea intensa y vomitando que puede llevar a deshidratación y la muerte.

Iniciales

Fecha

Virus del Papiloma Humano (HPV): Entiendo que al no recibir la vacuna contra el rotavirus, mi hijo corre el riesgo del virus común que es esparcido por contacto sexual. Hay aproximadamente 40 tipos de HPV genital, algunos tipos pueden causar cáncer cervical en mujeres y también pueden causar otras clases de cáncer en los hombres y en las mujeres.

Iniciales

Fecha

Meningocócica: Entiendo que al no recibir la vacuna contra la meningocócica, mi hijo corre el riesgo de desarrollar una infección bacteriana severa que puede causar meningitis, infección de sangre, y otras infecciones localizadas.

Iniciales

Fecha



Estado de Idaho CERTIFICADO DE EXENCIÓN

B. TIPO DE EXENCIÓN

- Médica (debe de tener la firma de un médico) Personal (debe tener una declaración firmada por un padre/guardián) Religiosa (debe tener una declaración firmada por un padre/guardián)

1. **DECLARACIÓN MÉDICA:** Yo por la presente certifico que la condición física de este niño es tal que la(s) inmunización(es) marcada(s) en la Sección A pone en peligro la vida o la salud del niño. **(Esta exención requiere la firma de un médico).**

Firma del Médico

2. **DECLARACIÓN PERSONAL:** Yo he investigado los riesgos al no vacunar a mi hijo; sin embargo he decidido no vacunar a mi hijo por la(s) siguiente(s) razón(es):

3. **DECLARACIÓN RELIGIOSA:** Yo he investigado los riesgos al no vacunar a mi hijo; sin embargo he decidido no vacunar a mi hijo por la(s) siguiente(s) razón(es):

Sé que el no seguir las recomendaciones sobre las vacunas puede peligrar la salud o la vida de mi hijo y de otros con los que mi hijo tiene contacto. Reconozco que he leído este documento enteramente y lo entiendo completamente.

Firma del Padre o del Guardián _____ Fecha _____