Nombre del niño: _____

EXENCIÓN DE REQUISITOS DE INMUNIZACIÓN ESCOLAR DE IDAHO

En el caso de un brote de enfermedad, un niño exento de los requisitos de inmunización escolar de Idaho puede ser excluido de la escuela durante el período de la epidemia, tanto para su propia protección como para la protección de los demás. Por favor marque la(s) caja(s) a continuación, y ponga fecha en cada línea con respecto a todas las enfermedades prevenibles por vacunas para las cuales se reclama una exención.

☐ Difteria (DTaP, Tdap, TD)	_____ Fecha	☐ Polio	_____ Fecha
☐ Tétanos (DTaP, Tdap, TD)	_____ Fecha	☐ Hepatitis B	_____ Fecha
☐ Tos ferina (DTaP, Tdap)	_____ Fecha	☐ Hepatitis A	_____ Fecha
☐ Sarampión (MMR)	_____ Fecha	☐ Meningocócica	_____ Fecha
☐ Paperas (MMR)	_____ Fecha	☐ Varicela	_____ Fecha
☐ Rubéola (sarampión alemán) (MMR)	_____ Fecha	☐ Historial de la enfermedad de la Varicela: Mi hijo ha tenido varicela, pero no fue diagnosticado por un profesional médico licenciado	_____ Fecha

☐ EXENCIÓN MÉDICA (Esta exención requiere la firma de un médico licenciado.)

Como médico del niño, certifico que la condición física de este niño es tal que la inmunizaciónes comprobadas arriba pondría en peligro la salud del niño.

- ☐ Esta exención médica es permanente.
- ☐ Esta exención médica es temporal. Duración de la exención temporal: _____/_____/_____

Por la presente solicito que este niño sea eximido de los requisitos de inmunización para los niños de la escuela de Idaho (IDAPA 16.02.15) debido a una condición médica para la cual las inmunizaciones están contraindicadas.

_____ _____ _____
Nombre del médico (IMPRESO) Firma del médico Licencia Médica # Fecha

Como padre/guardián del niño, entiendo que en caso de un brote de enfermedad mi hijo puede ser excluido de la escuela durante el brote, tanto por su propia protección como por la protección de otros. Soy consciente de que mi hijo puede contraer una enfermedad prevenible con vacunas.

_____ _____ _____
Nombre del Padre/Tutor (IMPRESO) Firma del Padre/Tutor Fecha

_____ _____
Nombre completo del niño exento (IMPRESO) Fecha de nacimiento del niño (mes, día, año)

☐ EXENCIÓN RELIGIOSA/DE OTRO CARÁCTER

Como padre/guardián del niño, estoy exento de razones religiosas o de otra índole. Entiendo que en caso de un brote de enfermedad mi hijo puede ser excluido de la escuela por la duración del brote, tanto por su propia protección como por la protección de los demás. Soy consciente de que mi hijo puede contraer una enfermedad prevenible con vacunas.

_____ _____ _____
Nombre del Padre/Tutor (IMPRESO) Firma del Padre/Tutor Fecha

_____ _____
Nombre completo del niño exento (IMPRESO) Fecha de nacimiento del niño (mes, día, año)