



Vacunación

Certificado de exoneración no médica

El Código de Colorado (CRS 25-4-902) requiere que todos los estudiantes que asistan a cualquier escuela del estado de Colorado estén vacunados contra determinadas enfermedades prevenibles mediante la vacunación, según lo establecido por la norma del Consejo de Salud de Colorado 6 CCR 1009-2, salvo que se presente una exoneración oficial. Esta ley se aplica a estudiantes que asisten a kindergarten, escuelas primaria y secundaria públicos, privados y parroquiales, hasta 12^o grado, facultades o universidades, y guarderías autorizadas por el Departamento de Servicios Humanos de Colorado, lo que incluye guarderías, guarderías para niños en edad escolar, preescolares, campamentos diurnos, campamentos para pernoctar, centros de tratamiento diurno, guardería familiar en el hogar, hogares de acogida y programas Head Start. “Exoneración no médica” es una exoneración de vacunas basada en creencias religiosas o personales que se oponen a la administración de vacunas. Antes de kindergarten, se debe presentar un formulario de exoneración no médica cada vez que corresponda que el alumno sea vacunado según el plan elaborado por el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (ACIP).^{1,2} Desde kindergarten hasta 12^o grado, debe presentarse un formulario de exoneración no médica oficial cada año durante el proceso de inscripción o registro escolar del estudiante.¹ Se podrá prohibir el ingreso a una guardería o escuela de los estudiantes con una exoneración de vacunas registrada durante un brote de enfermedad; la duración variará según el tipo de enfermedad y las circunstancias del brote.

Complete todos los campos obligatorios a continuación y obtenga todas las firmas solicitadas; no se aceptarán formularios sin completar.

Datos del estudiante:

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X	

Nombre del padre, madre o tutor que completa este formulario: Seleccionar si se trata de un estudiante emancipado o mayor de 18 años

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal		

Datos de la escuela o guardería autorizada:

Nombre de la escuela o guardería autorizada:		
Distrito escolar:		<input type="checkbox"/> Marcar si no corresponde
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Vacunas obligatorias para el ingreso escolar: coloque una “X” junto a cada vacuna por la que solicita una exoneración no médica.

<input type="checkbox"/>	Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP)	<input type="checkbox"/>	Virus de la poliomielitis inactivado (IPV)
<input type="checkbox"/>	Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap)	<input type="checkbox"/>	Sarampión, paperas, rubeola (MMR)
<input type="checkbox"/>	Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	<input type="checkbox"/>	Vacuna neumocócica conjugada (PCV13)
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	Varicela

Declaración de exoneración

Soy el padre, la madre o el tutor del estudiante mencionado anteriormente o soy el propio estudiante (emancipado o mayor de 18 años) y solicito una exoneración no médica de las vacunas indicadas anteriormente. La información que proporcioné en este formulario está completa y es exacta. Puedo consultar información sobre vacunas basada en evidencias en www.colorado.gov/cdphe/immunization-education, www.spreadthevaxfacts.com/, www.immunizeforgood.com/ para saber más sobre de los beneficios y riesgos de las vacunas y las enfermedades que estas previenen. Puedo ponerme en contacto con el Sistema de Información sobre Vacunación de Colorado (CIIS) en www.covaxrecords.org o con mi proveedor de atención médica para localizar el registro de vacunas de mi hijo o el mío.³

OBLIGATORIO Firma: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor legal/estudiante (emancipado o mayor de 18 años)

Sección de firma del proveedor REQUERIDA:

REQUIRED Print Name, Title, and Signature: _____	Date: _____
Physician (MD, DO), Advanced Practice Nurse (APN), Physician Assistant, Registered Nurse (RN) or Pharmacist (authorized pursuant to section 12-240-107 (6), C.R.S.)	
REQUIRED Colorado Professional License Number: _____	

¹ Norma del Consejo de Salud de Colorado 6 CCR 1009-2: <https://www.sos.state.co.us/CCR/GenerateRulePdf.do?ruleVersionId=7698&fileName=6%20CCR%201009-2>

² Plan de vacunación 2021 recomendado desde el nacimiento hasta los 6 años: www.cdc.gov/vaccines/parents/downloads/parent-ver-sch-0-6yrs.pdf. Con base en este plan, debería presentarse un formulario de exoneración no médica a los 2, 4, 6, 12 y 18 meses de edad.

³ En virtud de las leyes de Colorado, tiene la opción de excluir la información de su hijo o la suya del CIIS en cualquier momento. Para no estar incluido en el CIIS, vaya a www.colorado.gov/cdphe/ciis-opt-out-procedures. Tenga en cuenta que será responsable de mantener los registros de vacunación de su hijo o suyos para asegurar el cumplimiento de la escuela con las normas.