



Vacunación

Certificado de exoneración 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° grado, facultades o universidades, y guarderías autorizados 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. 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. Las exoneraciones médicas deben presentarse una vez a menos que cambie la información o la escuela de su hijo.

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

Marcar cada vacuna rechazada:	Enumere la o las contraindicaciones médicas de cada vacuna rechazada:
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	
<input type="checkbox"/> Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP, Tdap)	
<input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	
<input type="checkbox"/> Virus de la poliomielitis inactivado (IPV)	
<input type="checkbox"/> Vacuna neumocócica conjugada (PCV13)	
<input type="checkbox"/> Sarampión, paperas, rubeola (MMR)	
<input type="checkbox"/> Varicela	

Statement of Exemption

The physical condition of the above named student is such that vaccination would endanger their life or health or is medically contraindicated due to other medical conditions. The information I have provided on this form is complete and accurate.

REQUIRED Signature: _____ Date: _____

Physician (MD, DO), Advanced Practice Nurse (APN), or Physician Assistant (authorized pursuant to section 12-240-107 (6), C.R.S.)

REQUIRED: _____ Professional License Number: _____
(State/Territory)

En virtud de las leyes de Colorado, tiene la opción de excluir la información de su hijo o la suya del Sistema de Información sobre Vacunación de Colorado (CIIS). 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 los suyos para asegurar el cumplimiento de la escuela con las normas.