

Formulario de Exención de Requisitos de

Documentación de Vacunación

Para preescolar y kínder a 12.º grado

Exención(es) informada(s):
El Estatuto de Idaho permite que un progenitor o tutor exima a su hijo/a de los requisitos de vacunación escolar por motivos médicos, religiosos o de otro tipo ([sección 39-4801](#)). Marque la(s) siguiente(s) casilla(s) para cada vacunación para la que se solicita una exención:

Tipos de vacuna	Tipo de exención declarada
Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP)	☐ Médico ☐ Religioso/Otro
Hepatitis A	☐ Médico ☐ Religioso/Otro
Hepatitis B	☐ Médico ☐ Religioso/Otro
Sarampión, paperas y rubeola (MMR)	☐ Médico ☐ Religioso/Otro
Meningococo (MenACWY)	☐ Médico ☐ Religioso/Otro
Poliomielitis (IPV)	☐ Médico ☐ Religioso/Otro
Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap) refuerzo	☐ Médico ☐ Religioso/Otro
Varicela	☐ Médico ☐ Religioso/Otro ☐ Mi hijo/a tuvo varicela, pero no fue diagnosticada por un proveedor de atención médica.

☐ **Me niego a proporcionar detalles sobre el estado de vacunación de mi hijo/a.**
NOTA: Se considerará que su hijo/a está exento de todas las vacunas de la escuela.

Si se indicó una exención médica anteriormente, solicite al proveedor de atención médica autorizado de su hijo/a que complete la sección de Exención médica a continuación. Si se indicó una exención religiosa o de otro tipo anteriormente, el progenitor o tutor debe completar la sección de Exención religiosa/de otro tipo a continuación.

☐ **Exención médica:** Se requiere la firma de un proveedor de atención médica autorizado en el espacio a continuación si se indica alguna exención médica.

Como proveedor de atención médica autorizado del menor, certifico que la condición física de este menor es tal que las vacunas enumeradas a continuación pondrían en peligro la vida o la salud del menor.

- ☐ Esta exención médica es permanente.
- ☐ Esta exención médica es temporal. Duración de la exención temporal hasta el: ____/____/____
mm dd aaaa

Por la presente solicito que este menor esté exento de los requisitos de documentación de vacunación escolar debido a una afección médica para la cual las vacunas están contraindicadas ([39-4801](#)).

Nombre del proveedor de atención médica autorizado
(en letra de imprenta)

Firma del proveedor de atención médica autorizado

____/____/____
mm dd aaaa

Firma requerida del progenitor o tutor:
Como progenitor o tutor del menor, solicito que mi hijo/a esté exento/a de las vacunas marcadas anteriormente.

Nombre del progenitor o tutor (en letra de imprenta)

Firma del progenitor o tutor

____/____/____
mm dd aaaa

Como progenitor o tutor del menor, eximo a mi hijo/a de las vacunas de la escuela por las siguientes razones:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.