

EXENCIÓN DE VACUNACIÓN

| | | | | | |
|-----------------------|--|---------------------|--|-------|--|
| Nombre del Estudiante | | Fecha de Nacimiento | | Fecha | |
|-----------------------|--|---------------------|--|-------|--|

EXENCIÓN MÉDICA

Si su hijo(a) no puede recibir las vacunas por razones médicas, pídale a su proveedor de atención médica que complete y firme este formulario. Por ley, la escuela debe recibir el formulario completo antes de que su hijo(a) asista a la escuela.

Certifico que, según mi opinión médica, _____ no puede ser vacunado(a) contra:

Nombre del niño(a)

- Difteria, tos ferina y tétanos (DTaP, Tdap, Td, DT) Sarampión, paperas y/o rubéola (MMR)
 Hepatitis B Poliomiélitis Varicela Haemophilus influenzae tipo b (Hib) Neumocócicas

según lo exige la Ley de Vacunación Escolar de Nebraska 79-444.01, porque dichas vacunas serían perjudiciales para la salud o el bienestar del niño o la niña, o de un miembro de su familia o del hogar.

En caso de un brote de una enfermedad contagiosa, los estudiantes que no estén vacunados podrán ser excluidos de la escuela.

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

EXENCIÓN RELIGIOSA

Si la vacunación entra en conflicto con sus creencias y convicciones religiosas, usted debe, por ley, proporcionar a la escuela una declaración notariada que indique que las vacunas requeridas son contrarias a dicha práctica o creencia religiosa. Este documento debe ser recibido por la escuela antes de que su hijo(a) asista a la escuela.

Yo, _____, certifico que, debido a mis creencias religiosas, no deseo que mi

Nombre del padre/tutor

hijo(a), _____ sea vacunado(a) contra:

Nombre del niño(a)

- Difteria, tos ferina y tétanos (DTaP, Tdap, Td, DT) Sarampión, paperas y/o rubéola (MMR) Hepatitis B
 Poliomiélitis Varicela Haemophilus influenzae tipo b (Hib) Neumocócicas Todos los anteriores

porque dichas vacunas entran en conflicto con los principios y prácticas de una denominación religiosa reconocida de la cual el estudiante es adepto o miembro, o entran en conflicto con las creencias personales y sinceramente practicadas del niño o la niña.

En caso de un brote de una enfermedad contagiosa, los estudiantes que no estén vacunados podrán ser excluidos de la escuela.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

La firma del estudiante se requiere si no es un menor de edad

ESTADO DE NEBRASKA)

CONDADO DE _____)

Suscrito y jurado ante mí, un notario público, este _____ día del _____, 20____.