

Exención de vacunación por motivos médicos

Centros de cuidado infantil y escuelas

La Norma de Vacunación de Vermont, implementada de conformidad con 18 V.S.A. § 1123, se aplica a cualquier niño o estudiante que asista a cualquier guardería o centro de cuidado infantil familiar, jardín de infantes público o privado, así como escuelas primarias y secundarias. Antes del inicio de clases, los niños o estudiantes deben contar con las vacunas requeridas a menos que estén exentos por motivos médicos o religiosos. Si desea solicitar una exención **por motivos médicos**, es necesario que un profesional de atención médica autorizado para recetar vacunas complete y firme este formulario y, posteriormente, lo devuelva al centro de cuidado infantil o la escuela.

Puede solicitar una exención por motivos médicos en los siguientes casos:

- Cuando las vacunas están contraindicadas por motivos médicos.
- Cuando las vacunas son o pueden ser perjudiciales para la salud.

Si un niño o estudiante solicita una exención, es posible que deba abstenerse de asistir a la guardería o escuela durante el curso de un brote de enfermedad en caso de que se determine que dicho niño o estudiante está en riesgo de contraer la enfermedad y transmitirla a otros niños o estudiantes. El período durante el cual un niño o estudiante deberá abstenerse de asistir a la guardería o escuela variará dependiendo de la enfermedad y puede ser desde varios días hasta más de un mes.

Este formulario no puede ser utilizado en los casos siguientes:

- Cuando la vacuna no está indicada debido a temas de inmunidad (p. ej., si cuenta con un resultado positivo para pruebas de sarampión, paperas y rubéola, o tiene antecedentes de varicela). En lugar de proporcionar las fechas de vacunación, presente la documentación correspondiente a los resultados de laboratorio, excepto para la varicela. En el caso de esta última, basta con que los padres informen que el niño padeció la enfermedad.
- Para eximir a los estudiantes de las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) referente a las vacunas adicionales cuando no cuente con la edad mínima requerida o no se hayan cumplido los intervalos entre las dosis de la vacuna.

Complete toda la información solicitada a continuación en nombre del niño o estudiante en cuestión. El presente formulario no debe ser modificado.

 Nombre y apellido del niño o estudiante

 Fecha de nacimiento

Marque únicamente las vacunas específicas que son o pueden ser perjudiciales para la salud del paciente:

<input type="checkbox"/> DTaP	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Poliomiélitis
<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> HIB*	<input type="checkbox"/> PCV*	<input type="checkbox"/> Antimeningocócica**
*Solo para niños que asisten a centros de cuidado infantil		**Solo para los estudiantes que viven en residencias o dormitorios

Motivo por el que solicita la exención por motivos médicos: _____

Esta exención probablemente continuará hasta el: ____/____/____ (mm/dd/año)

La ley exige que el niño o estudiante reciba las vacunas para las cuales está exento en el momento en que dichas vacunas dejen de estar contraindicadas.

Nombre en letra de imprenta del profesional de atención médica* Teléfono**

Firma del profesional de atención médica*** **Fecha** ____/____/____

*De acuerdo con el estatuto de Vermont, únicamente un profesional de atención médica autorizado para recetar vacunas puede firmar este formulario de exención.