

La Norma de Inmunización de Vermont, adoptada de conformidad con 18 V.S.A. Sección 1123, se aplica a cualquier niño o estudiante que concurra a cualquier centro o guardería familiar, jardín de infantes público o independiente, escuelas primarias y secundarias. Si desea solicitar una exención **religiosa**, deberá **todos los años** completar, firmar y devolver a la guardería infantil o a la escuela el formulario correspondiente al año escolar en curso.

Se podrá excluir de la guardería infantil o de la escuela a los niños/estudiantes con exención de inmunización durante el curso de un brote de una enfermedad si se determina que dichos niños/estudiantes corren el riesgo de contraer esa enfermedad y transmitirla a otros niños/estudiantes. El período de exclusión de un niño/estudiante variará según la enfermedad y puede ser desde varios días a más de un mes.

Complete la siguiente información. Identifique la fila correspondiente al grado en que está inscrito el niño o estudiante y seleccione únicamente la(s) vacuna(s) de las que su hijo(a) está exento(a). Se encuentra prohibida cualquier alteración de este formulario.

 Nombre y apellido del niño/estudiante

_____/_____/_____
 Fecha de nacimiento

 Grado del año escolar 2021-22

Guardería infantil	<input type="checkbox"/> HepB (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> DTaP (Difteria, Tétanos, Tos ferina)	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> MMR (Sarampión, Paperas, Rubeola)	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> PCV (Neumocócica)	<input type="checkbox"/> Hib (Haemophilus influenzae tipo b)
K – 6° grado	<input type="checkbox"/> HepB (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> DTaP (Difteria, Tétanos, Tos ferina)	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> MMR Sarampión, Paperas, Rubeola	<input type="checkbox"/> Varicela		
7° - 12° grado	<input type="checkbox"/> HepB (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> Tdap (Tétanos, Difteria, Tos ferina)	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> MMR Sarampión, Paperas, Rubeola	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Meningocócica*	

*solo para estudiantes residenciales

Al firmar este formulario, declaro que tengo creencias religiosas opuestas a las inmunizaciones. Reconozco que he leído el [material educativo](#) basado en evidencias provisto por el Departamento de Salud de Vermont relacionado con las inmunizaciones, que incluye lo siguiente:

- Información sobre los riesgos de reacciones adversas a las inmunizaciones;
- Información de que el hecho de no completar el programa de vacunación requerido aumenta el riesgo para el niño y para los demás de contraer, portar o propagar una enfermedad infecciosa prevenible por vacunación; e
- Información de que existen personas con necesidades especiales de salud que concurren a escuelas y centros de guardería infantil que no pueden vacunarse o que tienen un riesgo más alto de contraer enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación, y para quienes esas enfermedades pueden ser mortales.

 Nombre del padre o madre en letra de imprenta (o del estudiante si es mayor de 18 años)

 Firma del padre o madre (o del estudiante si es mayor de 18 años)

_____/_____/_____
 Fecha

School Year 2023-24
Religious Immunization Exemption
Child Care and Schools

Vermont’s Immunization Rule, adopted pursuant to 18 V.S.A. § 1123, applies to any child or student attending any center-based or family child care facility, public or independent kindergarten, elementary and secondary schools. **Each year**, in order to claim a **religious** exemption, the current school year form must be completed, signed, and returned to the child care or school.

Children/students with an immunization exemption may be kept out of child care or school during the course of a disease outbreak if it is determined that such children/students are at risk for getting that disease and transmitting it to other children/students. The length of time a child/student is excluded will vary depending on the disease and can range from several days to more than a month.

Complete the information below. Identify the row that corresponds with the grade the child or student is enrolled and check only the vaccine(s) for which you are exempting your child. This form may not be altered.

Child/Student first and last name

____/____/____
Date of birth

2021-22 School grade

Child Care	<input type="checkbox"/> HepB (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> DTaP (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> MMR (Measles, Mumps, Rubella)	<input type="checkbox"/> Varicella (Chicken pox)	<input type="checkbox"/> PCV (Pneumococcal)	<input type="checkbox"/> Hib (Haemophilus influenzae b)
K – 6th grade	<input type="checkbox"/> HepB (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> DTaP (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> MMR Measles, Mumps, Rubella	<input type="checkbox"/> Varicella (Chicken pox)		
7th - 12th grade	<input type="checkbox"/> HepB (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> Tdap (Tetanus, Diphtheria, Pertussis)	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> MMR Measles, Mumps, Rubella	<input type="checkbox"/> Varicella (Chicken pox)	<input type="checkbox"/> Meningococcal*	

*for residential students only

In signing this form, I attest to holding religious beliefs opposed to immunizations. I acknowledge that I have reviewed the evidence-based [educational material](#) provided by the Vermont Department of Health regarding immunizations, including:

- Information about the risks of adverse reactions to immunization;
- Information that failure to complete the required vaccination schedule increases risk to the child and to others of contracting, carrying or spreading a vaccine-preventable infectious disease; and
- Information that there are persons with special health needs attending schools and child care facilities unable to be vaccinated, or who are at heightened risk of contracting a vaccine-preventable communicable disease, and for whom such a disease could be life-threatening.

Print name of parent (or student if 18 years or older)

Signature of parent (or student if 18 years or older)

____/____/____
Date