

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre completo del niño (EN LETRA DE IMPRENTA) MM DD AAAA



## EXENCIÓN DE LOS REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA ESCUELAS DE IDAHO

En caso de brote de una enfermedad, un niño exento de los requisitos de vacunación en escuelas de Idaho puede ser excluido de una escuela mientras dure el brote. Marque las casillas debajo para cada enfermedad prevenible mediante vacunación para la que se solicita una exención.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Difteria (DTaP, Tdap, Td) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B  |
| <input type="checkbox"/> Tétanos (DTaP, Tdap, Td)  | <input type="checkbox"/> Hepatitis A  |
| <input type="checkbox"/> Tos ferina (DTaP, Tdap)   | <input type="checkbox"/> Meningococo  |
| <input type="checkbox"/> Sarampión (MMR)           | <input type="checkbox"/> Varicela   |
| <input type="checkbox"/> Paperas (MMR)             | <input type="checkbox"/> Antecedentes de varicela: Mi hijo tuvo varicela                |
| <input type="checkbox"/> Rubeola (MMR)             | <input type="checkbox"/> pero no fue diagnosticado por un profesional médico autorizado |
| <input type="checkbox"/> Poliomielitis (IPV)       | <input type="checkbox"/> Todas las vacunas requeridas                                   |

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

**EXENCIÓN MÉDICA (Requiere la firma de un médico autorizado)**  
Como médico de este niño, certifico que la condición física de este niño es tal que las inmunizaciones marcadas arriba pondrían en peligro la salud del niño.

- Esta exención médica es permanente.
- Esta exención médica es temporal. Duración de la exención temporal: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Por la presente solicito que se exima a este niño de los requisitos de inmunización para los niños de las escuelas de Idaho ([IDAPA 16.02.15](#)) debido a una enfermedad para la cual las vacunas están contraindicadas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor de atención médica autorizado (EN LETRA DE IMPRENTA)

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de atención médica autorizado

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha (MM/DD/AAAA)

**EXENCIÓN RELIGIOSA/ DE OTRO TIPO** Como padre/madre/tutor del niño, eximo a mi hijo por motivos religiosos o de otro tipo.

Como padre/madre/tutor del niño, entiendo que en caso de brote de una enfermedad mi hijo puede ser excluido de la escuela mientras dure el brote. Al firmar este formulario, no estoy renunciando a ninguno de los derechos de mi hijo a una educación bajo el [Artículo 9, Sección 1 de la Constitución de Idaho](#) si mi hijo es excluido de la escuela durante el brote de una enfermedad.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre/tutor (EN LETRA DE IMPRENTA)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del niño exento (EN LETRA DE IMPRENTA)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del niño (MM/DD/AAAA)

Los padres/tutores pueden incluir una declaración escrita firmada sobre exenciones religiosas/de otro tipo en el reverso de este documento

