Exención Medico para las Immunizaciones Obligatorias
Para escuelas y guarderías

Las leyes de Wyoming 21-4-309 (b), 14-4-116 (c) y las Reglas y Regulaciones de Inmunizaciones de Wyoming para las Inmunizaciones en las Escuelas exigen que cualquier persona que asista a la escuela pública o privada o a la guardería debe proveer la prueba de inmunización durante los primeros 30 días de entrar a la misma, a menos que una exención de inmunización aprobada se le haya otorgado.

Envíe las solicitudes de exención a su Autoridad Sanitaria del Condado local (lista disponible en www.immunizewyoming.com), o a la Autoridad Sanitaria Estatal a: Wyoming Department of Health, 6101 Yellowstone Road, Suite 420, Cheyenne, WY 82002, Attn: Immunization Exemptions (Exenciones de Inmunizaciones).

Por favor rellene todos los campos; los formularios incompletos no serán aprobados. Se debe enviar un formulario por cada niño. Las exenciones se deben renovar según las reglas y regulaciones de las Inmunizaciones de Wyoming para las Inmunizaciones Escolares.

Información del niño

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Sexo: ◯ Mujer ◯ Hombre	Fecha de nacimiento:	

Información de el/la padre/madre/Tutor(a) ☐ Marque si Ud. es un menor emancipado o mayor de 18 años.

Nombre:	Apellido:	Relación con el niño:
Dirección de correo:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Número de teléfono:	
¿Cómo le gustaría recibir la decisión sobre esta exención de Inmunización? ◯ Por correo ◯ La recogeré		

PHYSICIAN'S STATEMENT (Declaración del Doctor)

☐ **Not applicable, see attached Physician's Statement** *(No aplicable, ver la declaración del doctor adjunta)*

List each vaccine declined *(Enumere cada vacuna que declina)*	**List medical contraindiation(s) for each vaccine declined** *(Enumere las contraindicaciones médicas para cada vacuna declinada)*

The physical condition of the above named child is such that vaccination would endanger his/her life or health or is medically contraindicated due to other medical conditions. *(La condición física del niño arriba mencionado es tal, que la vacuna pondría en peligro su vida o su salud o está contraindicada médicamente debido a otras condiciones de salud.)*

Physician's Name (printed):_____ Signature: _____

Date: _____ License Number: _____ State of Licensure: _____

Nombre del niño: _____

Yo_____, solicito una exención médica a la inmunización obligatoria escolar para
(Nombre de el/la padre/madre/tutor(a)

_____, con base en las razones previamente descritas o en la declaración del doctor adjunta.
(Nombre del niño)

Al firmar este formulario, estoy rechazando la(s) vacuna(s) exigida(s) para la entrada en la escuela para mi hijo/mí mismo, debido a las contraindicaciones médicas. Entiendo que a mí o a mi hijo no se me/le permitirá asistir a la escuela o guardería durante el brote de una enfermedad cuando lo declare el estado o una autoridad sanitaria del Condado.

La información que he dado en este formulario es completa y exacta. Reconozco que he leído este documento completamente y lo entiendo en su totalidad. También entiendo que es mi responsabilidad quedarme con la exención original y proveer una copia a la escuela o guardería.

_____ _____

Firma de el/la padre/madre/tutor(a)/estudiante (emancipado o mayor de 18 años) **Firma**

☐ *Marque esta casilla para impedir que esta exención entre en el Registro de Inmunización de Wyoming. Por favor, sepa que es su responsabilidad mantener el expediente de inmunización de su hijo o el suyo para asegurar el cumplimiento con la escuela o guardería.*

NOTARY ACKNOWLEDGEMENT (CERTIFICACIÓN NOTARIAL)

State of _____ County of _____

Subscribed and sworn on this _____ day of _____, 201___, by the above named person

_____, known by me, or proven to be the person named as the Parent/Guardian in the above Religious Exemption to Mandatory Immunizations.

Place Seal or Stamp Below

_____
Signature of Notarial Officer

My commission expires _____
Expiration Date

EXEMPTION DETERMINATION (FOR USE BY THE COUNTY OR STATE HEALTH OFFICER ONLY)

☐ **Approved**

☐ **Not Approved** If a request is not approved, a denial letter and this form must be returned to the Parent/Guardian. A new request will need to be submitted. Revisions cannot be made to this same form and resubmitted.

_____ _____
Signature of County or State Health Officer Date