

Exención Religiosa para las Inmunizaciones Obligatorias

Para escuelas y guarderías

Las vacunas son uno de los logros más grandes en salud pública y salvan aproximadamente la vida de 3 millones de niños cada año. El Departamento de Salud de Wyoming apoya la vacunación como una de las herramientas más efectivas en la prevención de enfermedades graves que pueden causar incluso la muerte. 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 le exige a cualquier persona que asiste a las escuelas públicas o privadas o a guarderías, que provea prueba de las inmunizaciones durante los primeros 30 días de entrar en la misma, a menos que una exención de inmunización aprobada se le haya otorgado.

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

Por favor, rellene todos los campos; los formularios incompletos no serán aprobados. Se debe enviar un formulario separado para cada niño. Las solicitudes de exenciones se deben renovar según las Reglas y Regulaciones de las Inmunizaciones de Wyoming para las escuelas.

Información del niño

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Por correo <input type="checkbox"/> La recogeré		

Ponga una "X" en la casilla de la izquierda de cada enfermedad para eximir de la vacuna. Ponga las iniciales y la fecha en la casilla de la derecha.

Difteria, Tétano, Tos ferina (DTaP):	<p>Mi hijo/yo puede(o) correr un mayor riesgo de desarrollar difteria si me/se expongo/expone a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos de esta enfermedad incluyen: insuficiencia cardíaca, parálisis (no poder mover partes del cuerpo), problemas respiratorios, coma y la muerte. Los graves síntomas y efectos del tétano incluyen: "bloqueo" de la mandíbula, dificultad al tragar y respirar, convulsiones (sacudidas, episodios de mirada fija), tensionamiento doloroso de los músculos de la cabeza y cuello, y muerte. Los graves síntomas y efectos de la tos ferina incluyen: graves ataques de tos que pueden causar vómitos y cansancio, neumonía, convulsiones (sacudidas, episodios de mirada fija), daño cerebral y muerte.</p>	Iniciales: Fecha:
Haemophilus Influenza tipo b (Hib):	<p>Mi hijo/yo puede(o) correr un mayor riesgo de desarrollar Hib si se/me expone/expongo a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos de esta enfermedad incluyen: meningitis (infección del recubrimiento del cerebro y la medula espinal), neumonía, grave inflamación de la garganta que dificulta la respiración, infecciones en la sangre, articulaciones, huesos y recubrimiento del corazón y la muerte.</p>	Iniciales: Fecha:
Hepatitis B:	<p>Mi hijo/yo puede(o) correr un mayor riesgo de desarrollar hepatitis B si se/me expone/expongo a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos de esta enfermedad incluyen: (ictericia, ojos o piel amarillos), problemas del hígado a lo largo de la vida, como tejido cicatrizal, cáncer del hígado y muerte.</p>	Iniciales: Fecha:
Polio:	<p>Mi hijo/yo puede(o) correr un mayor riesgo de desarrollar polio si se/me expone/expongo a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos de esta enfermedad incluyen: parálisis (no poder mover partes del cuerpo), meningitis (infección del recubrimiento del cerebro y la medula espinal), discapacidad permanente y muerte.</p>	Iniciales: Fecha:

<p>Sarampión, Paperas, Rubeola (MMR): Mi hijo/yo puede(o) correr un mayor riesgo de desarrollar sarampión, paperas y/o rubeola si se/me expone/expongo a estas enfermedades. Los graves síntomas y efectos del sarampión incluyen: neumonía, convulsiones (sacudidas, episodios de mirada fija), daño cerebral y muerte. Los graves síntomas y efectos de las paperas incluyen: meningitis (infección del recubrimiento del cerebro y la medula espinal), inflamación dolorosa de los testículos u ovarios, esterilidad, sordera y muerte. Los graves síntomas y efectos de la rubeola incluyen: erupción, artritis y dolor muscular o de las articulaciones. Si a una mujer le da rubeola mientras está embarazada, puede tener un aborto involuntario o su bebe puede nacer con un grave defecto de nacimiento como sordera, problemas cardiacos y retraso mental.</p>	Iniciales Fecha:
<p>Varicela: Mi hijo/yo puede(o) correr un mayor riesgo de desarrollar varicela si se/me expone/expongo a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos de esta enfermedad incluyen: infecciones graves de la piel, neumonía, daño cerebral y muerte.</p>	Iniciales: Fecha:

Yo soy el/la padre/madre/tutor(a) del niño arriba mencionado o soy yo mismo (emancipado o mayor de 18 años) y tengo una oposición religiosa a las vacunas. Al firmar este formulario, estoy rechazando la(s) vacuna(s) exigida para la entrada en la escuela o guardería de mi hijo/mí mismo, según he puesto mis iniciales previamente, y entiendo lo siguiente:

- A mi hijo/mí no se le/me permitirá asistir a la guardería o escuela durante un brote de enfermedad cuando lo declare la Autoridad Sanitaria del Condado o Estatal.
- Puedo cambiar de opinión en cualquier momento y aceptar la vacuna o vacunas para mi hijo/mí mismo en el futuro.
- Puedo revisar la Información actual sobre vacunas para cada vacuna arriba mencionada en www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/.
- Puedo obtener información adicional basada en evidencias y servicios de vacunación en www.immunizewyoming.com.
- Entiendo que es mi responsabilidad quedarme con la exención original y entregarle una copia a la escuela o guardería

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.

Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma de el/la padre/madre/Tutor(a)/Estudiante (emancipado o mayor de 18 años) _____ **Fecha** _____

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