



STATE OF MICHIGAN

DEPARTMENT OF COMMUNITY HEALTH

LANSING

JENNIFER M. GRANHOLM
GOVERNOR

FORMULARIO PARA EXONERACIÓN DE INMUNIZACIÓN

Instrucciones para los Padres o Apoderados:

Enfermedades que se pueden prevenir con vacunas están todavía entre nosotros. En muchas ellas causan impedimentos físicos o muerte. Las vacunas están entre las formas más efectivas para proteger a los niños de enfermedades dañinas. La mayoría de los niños tienen que ser vacunados para prevenir brotes de enfermedad en las escuelas, o en los lugares en donde los niños trabajan y juegan juntos.

Las secciones 9208 y 9211 de las regulaciones del Departamento de Salud de Michigan requieren que los padres, guardianes, o las personas encargadas de registrar a los niños para la primera vez en una escuela en Michigan, o en programa de "day care," o campamento en este estado tienen que presentar al tiempo de la registración o no más tarde que el primer día de clases o de atención al programa en que se registra, un certificado de vacunaciones confirmando que el niño ha sido ya vacunado contra la difteria, el tétano, la tosferina, el sarampión, las paperas, la rubeola, poliomielitis y la hepatitis B. Vacunación para "*Haemophilus influenzae*" tipo "b" y Varicela (Chickenpox) son también requerido para los niños de edad pre-escolar.

Un padre o guardian que desee exonerar a su niño (niña) de una vacunación en particular tiene que proveer una declaración escrita indicando sus objeciones religiosas o filosóficas para la vacunación. Un niño que ha sido exonerado de una vacuna es considerado susceptible para la enfermedad o enfermedades para las que la vacuna ofrecía protección. Est niño será excluido de la escuela o programa al que atiende si se presentara un brote de enfermedad prevenible por vacunación para la cual el o ella sea susceptible ocurre, si la autoridad de salud pública del estado y/o local da noticia de exclusión como medida de control de enfermedad.

Al Firmar esta Exoneración, Usted reconoce que está poniendo a su niño(a) y a muchos otros en riesgo de sufrir serias enfermedades si es que el o ella se contagian de la enfermedad que pudo ser prevenida con vacunación apropiada.

Yo no deseo que mi hijo(a) _____ nacido el _____ sea inmunizado(a) para las enfermedades que yo marco a continuación: (Primer nombre y apellido) (Fecha de nacimiento)

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Poliomielitis |
| <input type="checkbox"/> Tétano | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Tosferina | <input type="checkbox"/> Rubeola | <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> tipo "b" |
| <input type="checkbox"/> Varicela (chickenpox) | | |

Por la siguiente razón: _____

Nombre del padre o apoderado(a): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Dirección del niño(a): _____ Teléfono: _____
Si es que es diferente de los padres o apoderados

Firma del padre o apoderado

Fecha en que firma

Nombre del distrito escolar, de la escuela, del centro de cuidado infantil, or del programa pre-escolar.

Archivar en el record permanente del niño. Y adjuntar una copia a las formas IP-100 o IP-101 que son enviadas al Departamento de Salud Local.