



STATE OF MICHIGAN

DEPARTMENT OF COMMUNITY HEALTH

LANSING

JENNIFER M. GRANHOLM  
GOVERNOR

JANET OLSZEWSKI  
DIRECTOR

**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 la Clave de la Salud Pública 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, la hepatitis B y Varicela (Chickenpox). Vacunación para Neumococica Conjugada son también requerido para los niños de edad pre-escolar. El tipo b de la gripe de Haemophilus no se requiere para la temporada de reportar 2009-2010.

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. Este 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)

**SE TIENE QUE LLENAR TODA LA INFORMACION SOLICITADA**

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

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. **(Requerido)**

**Archivar en el record permanente del niño. Y envíe una copia a su Departamento Local de la Salud.**