|  |  |
| --- | --- |
| http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/sites/default/files/graphics/DCYF-Logo-BW.jpg | LICENSING DIVISION (LD)**Exención de vacuna****Vaccine Exemption** |
| **Nombre del licenciatario del hogar de crianza**  |
| **Información del solicitante o miembro del hogar (incluidos niños)** |
| APELLIDO | NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) |
| **Instrucciones para el proveedor autorizado de servicios de salud** |
| La persona antes mencionada está obligada a tener las siguientes vacunas.De acuerdo con WAC 110-148-1320(6)(c), podemos conceder una exención médica a este requisito si la inmunización afectaría negativamente la salud de la persona, según lo documentado por un proveedor autorizado de servicios de salud. |
| Si cuidan de niños menores de 2 años de edad o de niños médicamente frágiles, todos los miembros del hogar deben haberse aplicado las siguientes vacunas:1. Tos ferina (pertusis)
2. Influenza (esta vacuna debe aplicarse de forma anual, una vez por año escolar)
 | Todos los niños (menores de 18 años de edad) en el hogar deben haberse aplicado las siguientes vacunas, según el [programa de la OSPI de WA](https://www.doh.wa.gov/CommunityandEnvironment/Schools/Immunization#reqs):(<https://www.doh.wa.gov/CommunityandEnvironment/Schools/Immunization>)1. Varicela;
2. Difteria;
3. Rubéola;
4. Enfermedad por Haemophilus influenzae tipo B;
5. Hepatitis B;
6. Sarampión;
7. Paperas;
8. Enfermedad por neumococo;
9. Poliomielitis;
10. Tétanos; y
11. Tos ferina (pertusis)
 |
| Como proveedor autorizado de servicios de salud, si está convencido de que una o más de estas vacunas tendría efectos negativos para la salud de la persona antes mencionada, por favor llene los siguientes espacios. Debe llenar un renglón por vacuna.  |
| VACUNA | MOTIVO | ¿TEMPORAL O PERMANENTE? | SI ES TEMPORAL: FECHA DE VENCIMIENTO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Declaración del proveedor** |
| Declaro que:* Soy un doctor en medicina (MD), doctor en naturopatía (ND), doctor en osteopatía (DO), enfermero registrado avanzado (ARNP) o asistente médico (PA) calificado y con licencia en los términos del Título 18 del RCW.
* He hablado con el solicitante o miembro del hogar sobre los beneficios y riesgos de las (o con su padre, madre o tutor legal, si es menor de edad).
* La persona antes mencionada tampoco es elegible para vacunas alternativas (por ejemplo, RIV3).
* He recibido la historia clínica de la persona y doy fe de que la información provista en este formulario está completa y es correcta.
 |
| NOMBRE DEL PROVEEDOR EN LETRA DE MOLDE | FIRMA DEL PROVEEDOR FECHA |
|  |