

## Formulario de verificación y excepción de vacunas para niños en el hogar

### Household Child Vaccine Verification and Exception Form

Padre o madre suplente: Este formulario debe ser contestado por un proveedor de servicios de salud para verificar el estado de vacunación de todos los niños que viven en su hogar, sin incluir a los niños colocados en cuidado fuera del hogar. El formulario también se usa para recibir documentación del proveedor de servicios de salud si una vacuna afectaría negativamente la salud del niño. [WAC 110-148-1320\(5\) y \(6\)](#)

Foster Parent: This form must be completed by a health care provider to verify the immunization status of each child living in your household, not including children in out-of-home care. The form is also used to obtain documentation from the health care provider if an immunization is contrary to the child's health. [WAC 110-148-1320\(5\) and \(6\)](#)

#### Sección 1. Padre/madre o tutor Section 1. Parent or Guardian

Para que este formulario sea válido:

- Conteste un formulario por niño.
- Escriba su nombre en el cuadro 1.
- Escriba su número de proveedor, si lo conoce, en el cuadro 2.
- Escriba la información de su hijo en los cuadros 3-5.
- **Haga que un proveedor de servicios de salud llene la Sección 2 de este formulario.**

Cuando el formulario esté contestado, entréguelo a la División de Licencias del DCYF.

In order for this form to be valid, please:

- Complete one form per child.
- Enter your name in Box 1.
- Enter your provider number, if known, in Box 2.
- Enter your child's information in Boxes 3-5.
- **Have a health care provider complete Section 2 of this form.**

When the form is completed, submit it to DCYF Licensing Division.

1. Nombre del padre, la madre o el tutor 1. Parent or Guardian's Name	2. Número de proveedor 2. Provider Number
3. Apellido del niño 3. Child's Last Name	4. Nombre / inicial del segundo nombre del niño 4. Child's First Name / Middle Initial
	5. Fecha de nacimiento del niño (MM/DD/AAAA) 5. Child's Birthdate (MM/DD/YYYY)

#### Sección 2. Proveedor de servicios de salud autorizado Section 2. Licensed Health Care Provider

Para que este formulario sea válido:

- Marque la opción que corresponda a este niño en el cuadro 6 y llene la información sobre las vacunas no aplicadas, si corresponde.
- Lea la declaración en el cuadro 7.
- Escriba su nombre y credenciales con letra de molde, firme y ponga la fecha en los cuadros 8-9.

Cuando el formulario esté contestado, entréguelo al padre, la madre o el tutor de este niño.

In order for this form to be valid, please:

- Check the option that applies to this child in Box 6, and fill in information about vaccines not given, if applicable.
- Read the declaration in Box 7.
- Print your name, credentials, sign, and date in Boxes 8-9.

When the form is completed, return it to this child's parent or guardian.

6. He estudiado los registros de vacunación del niño antes mencionado y declaro UNA de las siguientes cosas:

6. I have reviewed the immunization records for the above-named child and attest to ONE of the following:

- Este niño **sí está al corriente** en sus vacunas de conformidad con el [Programa de Inmunización para Niños y Adolescentes Recomendado por el CDC para personas de 18 años o menos en los Estados Unidos](#), al día de hoy, (escribir la fecha).

This child **is current** on immunizations consistent with the current [CDC's Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule for ages 18 years or younger, United States](#), as of today, (enter date).

- He leído las directrices sobre contraindicaciones y precauciones del Comité Asesor de Prácticas de Inmunización del CDC en <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html>. Este niño **no está al corriente** en sus vacunas de conformidad con el [Programa de Inmunización para Niños y Adolescentes Recomendado por el CDC para personas de 18 años o menos en los Estados Unidos](#), ya que las vacunas que se mencionan a continuación están contraindicadas por los motivos médicos que se indican.

I have reviewed the CDC Advisory Committee on Immunization Practices' guidelines on contraindications and precautions at <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html>. This child **is not fully current** on immunizations consistent with the current [CDC's Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule for ages 18 years or younger, United States](#), because the vaccines listed below are contraindicated for the specified health reasons:

Escriba las vacunas no aplicadas de acuerdo con el programa de vacunación normal  List vaccines not given in accordance to normal vaccine schedule	Escriba la razón médica específica que impide que el niño reciba la vacuna  List specific health reason preventing child from receiving the vaccine	Si es una excepción temporal, ¿cuándo puede aplicarse la vacuna?  If this is a temporary exemption, when can the vaccine be given?

7. Declaro que:

- He hablado con el padre, la madre o el tutor legal sobre los beneficios y riesgos de las inmunizaciones como condición previa para exentar a su niño.
- 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.

La información proporcionada en este formulario está completa y es correcta.

7. I declare that:

- I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child.
- I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed under Title 18 RCW.

The information provided on this form is complete and correct.

8. Nombre del proveedor de servicios de salud en letra de molde	9. Firma del proveedor de servicios de salud 9. Health Care Provider's Signature	Fecha Date
8. Print Health Care Provider's Name		

Deberá entregarse un formulario actualizado cuando se apliquen vacunas adicionales.

An updated form will need to be submitted when additional immunizations are administered.