|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/sites/default/files/graphics/DCYF-Logo-BW.jpg | LICENSING DIVISION (LD)  **Acuerdo de vacunación contra la influenza**  **Influenza Vaccination Agreement** | |
|  | | |
| **Acuerdo** | | |
| Si desea cuidar a niños médicamente frágiles o a niños menores de 2 años de edad, todos los miembros del hogar (mayores de 6 meses de edad), incluyendo a todos los que cumplan con la definición de adultos en el hogar, deben recibir y conservar comprobantes de la vacuna antigripal a más tardar el 31 de octubre de cada año.  Si usted o algún miembro del hogar no puede aplicarse la vacuna por motivos médicos, un proveedor autorizado de servicios de salud debe llenar un [formulario de exención de vacuna](https://www.dcyf.wa.gov/forms?field_number_value=15-455&title=) (DCYF 15-455) en el que indique que la vacuna tendría efectos negativos para su salud o la salud del miembro del hogar.  Si cuido a niños médicamente frágiles o a niños menores de 2 años de edad, me comprometo a que todos los miembros del hogar (incluyendo a todos los adultos en el hogar) nos aplicaremos y conservaremos comprobantes de la vacuna antigripal a más tardar el 31 de octubre de cada año.  O  Si cuido a niños médicamente frágiles o a niños menores de 2 años de edad, me comprometo a que todos los miembros del hogar (incluyendo a todos los adultos en el hogar) nos aplicaremos y conservaremos comprobantes de la vacuna antigripal a más tardar el 31 de octubre de cada año, excepto los siguientes miembros del hogar, ya que tendría efectos negativos para su salud:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Para cada miembro del hogar aquí mencionado, entregaré un [formulario de exención de vacuna](https://www.dcyf.wa.gov/forms?field_number_value=15-455&title=) (DCYF 15-455) contestado por un profesional médico autorizado antes de recibir en colocación a niños médicamente frágiles o niños menores de 2 años de edad.  Si tiene problemas para cumplir este requisito, hable con su trabajador de licenciamiento asignado. | | |
| **Información del solicitante** | | |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE A | | FECHA DE NACIMIENTO |
| FIRMA | | FECHA |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE B | | FECHA DE NACIMIENTO |
| FIRMA | | FECHA |