



STATE OF MICHIGAN

DEPARTMENT OF COMMUNITY HEALTH
LANSING

RICK SNYDER
GOVERNOR

JAMES K. HAVEMAN
DIRECTOR

FORMULARIO PARA EXONERACIÓN DE INMUNIZACIÓN

Instrucciones para los Padres o Apoderados:

Enfermedades que se pueden prevenir con vacunas están todavía entre nosotros. Las vacunas son una de las medidas más rentables para proteger a los niños de enfermedades dañinas e incluso la muerte. 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.

Secciones 9208 y 9211 del Código de Salud Pública de Michigan requiere que un padre, tutor o persona en lugar de los padres de aplicar para tener un hijo inscrito por primera vez en una escuela de Michigan y / o en sexto grado, o en un programa del Grupo de residencia, la atención, o para acampar en este estado deben presentar a los funcionarios en el momento de registro o, a más tardar el primer día de escuela o inscripción en el programa, un certificado de vacunación verificar que el niño ha sido vacunado contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, el sarampión, las paperas, la rubéola, la poliomielitis, la hepatitis B y varicela (varicela). Antineumocócica conjugada y vacunas contra Haemophilus influenzae tipo b también se requieren para los niños en edad preescolar. La vacuna antimeningocócica se requiere para niños de 11 años de edad o más que están en el 6 ° grado o recién en el distrito.

Los padres o guardianes que deseen eximir a su hijo de una vacuna en particular deben presentar una declaración por escrito indicando las objeciones religiosas o filosóficas a la vacunación(s). Un niño que ha quedado exento de las vacunas se considera susceptible a la enfermedad o enfermedades para las que la vacunación ofrece protección. **El niño puede ser excluido de la escuela o programa, si el local y / o la autoridad estatal de salud pública asesora a la exclusión como una medida de control de la enfermedad.**

Al firmar esta exoneración, usted reconoce que está poniendo su hijo y otros en riesgo de enfermedad grave que él o ella debe contraer una enfermedad que podría haberse evitado mediante la vacunación adecuada.

Toda información debe ser completada.

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"/> Haemophilus influenzae tipo |
| <input type="checkbox"/> Tosferina | <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Neumococo Conjugado |
| <input type="checkbox"/> Varicela (chickenpox) | <input type="checkbox"/> Poliomielitis | <input type="checkbox"/> Meningococcal |

Por la siguiente razón: _____

Nombre del padre o guardian(es): _____

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.

CAPITOL VIEW BUILDING • 201 TOWNSEND STREET • LANSING, MICHIGAN 48913

DCH-1272 (08/12) (W)

www.michigan.gov • (517) 373-3740