



STATE OF MICHIGAN

DEPARTMENT OF COMMUNITY HEALTH

LANSING

JENNIFER M. GRANHOLM
GOVERNOR

FORMULARIO PARA EXONERACIÓN DE INMUNIZACIÓN

Instrucciones para los Padres o Apoderados:

Enfermedades que se pueden prevenir con vacunas estan todavía entre nosotros. En muchos ellas causan impedimentos físicos o muerte. Las vacunas estan 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 las regulaciones del Departamento de Salud 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 registraci3n 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 sarampi3n, las paperas, la rubeola, poliomielitis y la hepatitis B. Vacunaci3n para "Haemophilus influenzae" tipo "b" y Varicela (Chickenpox) son tambien requerido para los niños de edad pre-escolar.

Un padre o guardian que desee exonerar a su niño (niña) de una vacunaci3n en particular tiene que proveer una declaraci3n escrita indicando sus objeciones religiosas o filosóficas para la vacunaci3n. Un niño que ha sido exonerado de una vacuna es considerado susceptible para la enfermedad o enfermedades para las que las vacuna ofrecía protecci3n. Est niño sera excluido de la escuela o programma al que atiende si se presentara un brote de enfermedad prevenible por vacunaci3n para la cual el o ella sea susceptible ocurre, si la autoridad de salud publica del estado y/o local da noticia de exclusion como medida de control de enfermedad.

Al Firmar esta Exoneraci3n, Usted reconoce que esta poniendo a su niño(a) y o muchos otros en riesgo de sufrir serias enfermedades si es que el o ella se contagi3n de la enfermedad que pudo ser prevenida con vacunaci3n apropiada.

Yo no deseo que mi hijo(a) _____ nacido el _____ sea inmunizado(a) para las enfermedades que yo marco a continuaci3n: (Primer nombre y apellido) (Fecha de nacimiento)

- checkbox Difteria checkbox Sarampi3n checkbox Poliomielitis
checkbox Tétano checkbox Paperas checkbox Hepatitis B
checkbox Tosferina checkbox Rubeola checkbox Haemophilus influenzae tipo "b"
checkbox Varicela (chickenpox)

Por la siguiente ras3n: _____

Nombre del padre o apoderado(a): _____

Direcci3n: _____ Teléfono: _____

Direcci3n 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.

Archivar en el record permanente del niño. Y adjuntar una copia a las formas IP-100 o IP-101 que son enviadas al Departamento de Salud Local.