

Nombre del niño: _____

EXENCIÓN DE REQUISITOS DE INMUNIZACIÓN ESCOLAR DE IDAHO

En el caso del brote de una enfermedad, un niño exento de los requisitos de inmunización escolar de Idaho puede ser excluido de la escuela por la duración del brote. Marque la(s) casilla(s) a continuación e indique, en la línea, la fecha para las enfermedades prevenibles con vacunas para las cuales se solicita una exención.

- | | | | |
|---|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Difteria (DTaP, Tdap, TD) | _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | _____ |
| | Fecha | | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Tétanos (DTaP, Tdap, Td) | _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | _____ |
| | Fecha | | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Tos ferina (DTaP, Tdap) | _____ | <input type="checkbox"/> Meningocócica | _____ |
| | Fecha | | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Sarampión (MMR) | _____ | <input type="checkbox"/> Varicela | _____ |
| | Fecha | | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Paperas (MMR) | _____ | <input type="checkbox"/> Historial de enfermedad de la varicela: Mi | |
| | Fecha | hijo ha tenido varicela, pero no fue | |
| <input type="checkbox"/> Rubéola (sarampión alemán) (MMR) | _____ | diagnosticado por un médico con licencia. | _____ |
| | Fecha | | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Polio | _____ | <input type="checkbox"/> Todas las inmunizaciones requeridas | _____ |
| | Fecha | | Fecha |

Me niego a proporcionar detalles respecto al estado de exención de mi hijo. **NOTA:** Su hijo será considerado exento de todas las inmunizaciones que requiere la escuela.

EXENCIÓN MÉDICA (Esta exención requiere la firma de un médico con licencia)

Como médico del niño, certifico que su condición física es tal que la(s) inmunización(es) marcada(s) pondría(n) en peligro la salud del niño.

- Esta exención médica es permanente.
- Esta exención médica es temporal. Duración de la exención temporal: ____/____/____

Por la presente, solicito que se exima a este niño de los requisitos de inmunización para los niños de las escuelas de Idaho (IDAPA 16.02.15) debido a una condición médica para la cual las inmunizaciones están contraindicadas.

Nombre del médico (escribir en letra de molde) Firma del médico N.º de licencia médica Fecha

Como padre o tutor legal del niño, entiendo que en caso de un brote de enfermedad mi hijo puede ser excluido de la escuela durante el brote. Al firmar este forma, no renuncio a ninguno de los derechos de mi hijo a la educación según el Artículo 9 de la Sección 1 de la Constitución de Idaho, si mi niño es excluido de la escuela durante un brote de enfermedad.

Nombre del padre o tutor legal (escribir en letra de molde) Firma del padre o tutor legal Fecha

Nombre completo del niño exento (escribir en letra de molde) Fecha de nacimiento del niño (mes, día, año)

EXENCIÓN RELIGIOSA O DE OTRO TIPO

Como padre o tutor legal del niño, hago la exención por religión o por otras razones. Entiendo que en caso de un brote de enfermedad mi hijo puede ser excluido de la escuela por la duración del brote. Al firmar este forma, no renuncio a ninguno de los derechos de mi hijo a la educación según el Artículo 9 de la Sección 1 de la Constitución de Idaho, si mi hijo es excluido de la escuela durante un brote de enfermedad.

Nombre del padre o tutor legal (escribir en letra de molde) Firma del padre o tutor legal Fecha

Nombre completo del niño exento (escribir en letra de molde) Fecha de nacimiento del niño (mes, día, año)

OPCIONAL: Los padres o tutores pueden incluir una declaración firmada respecto a las exenciones religiosas o de otro tipo en la página de atrás (la página 2 de este documento).

DECLARACIÓN OPCIONAL:

Como el padre o tutor legal del niño, eximo a mi hijo de las inmunizaciones de la escuela por la(s) siguiente(s) razón(es):

Nombre del padre o tutor legal (escribir en letra de molde)

Firma del padre o tutor legal

Fecha