

Envíe por correo electrónico los formularios completos al correo electrónico CSCE COVID:
covid@communityschoolforcreativeeducation.org

**Requisito de que todos los CSCE estudiantes
estén completamente vacunados contra COVID-19**

FORMULARIO DE EXENCIÓN

La Política de la Junta 5141.29 - El requisito de vacunación estudiantil COVID-19 ("BP 5141.29") que todos OUSD requieraños12 en adelante, o estudiantes de 12 años en adelante que asisten a la escuela en edificios propiedad de OUSD, estén completamente vacunados para poder asistir a cualquier escuela en persona a menos que se aplique una exención.

*Este formulario debe usarse para calificar para la **Exención médica** o la **Exención por creencias personales**.*

Parte 1: Información del estudiante y del padre/tutor - Para ser completada por el padre/tutor (Tenga en cuenta que si no responde a cada pregunta puede invalidar la solicitud de exención).

Nombre _____ del _____ estudiante:

_____ Identificación

del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante:

_____ Escuela Nombre:

Nombre del padre/tutor: _____

Teléfono del padre/tutor: _____ Correo electrónico del padre/tutor:

Parte 2: Solicitud de exención y atestación: para ser completada por el padre/tutor. (Tenga en cuenta: el padre/tutor debe seleccionar una exención y debe revisar y firmar ambas partes a continuación para que CSCE considere la solicitud de exención).

Yo, el padre/tutor mencionado anteriormente, solicito que al estudiante mencionado anteriormente se le otorgue el siguiente tipo de exención al requisito bajo BP 5141.29 de que todos los OUSD , o estudiantes que asisten a la escuela en edificios estudiantes propiedad de OUSD (mayores de 12 años), estén completamente vacunados para poder asistir a cualquier escuela en persona. (Complete formularios separados para solicitar ambas exenciones).

Exención médica (el proveedor médico debe completar la Parte 3A)

Exención por creencias personales (el proveedor médico debe completar la Parte 3B)

Firma del padre/tutor: _____

Yo, el padre/tutor mencionado anteriormente, Doy fe de que he recibido información sobre los riesgos y beneficios de todas las vacunas contra el COVID-19 disponibles para el Estudiante mencionado anteriormente y aún envió esta solicitud de exención.

Firma del padre/madre/tutor: _____

Parte 3A: Declaración jurada de exención médica - Para ser completada por un proveedor médico con licencia

Yo, el abajo firmante, proveedor médico con licencia, por la presente certifico, bajo pena de perjurio, que cada una de las siguientes declaraciones es verdadera y correcta:

- Soy un proveedor médico debidamente autorizado para ejercer actualmente en el Estado de California.
- He examinado al estudiante mencionado a continuación en la fecha a continuación.
- **He determinado, en base a mi experiencia médica, que el Estudiante mencionado a continuación tiene una condición física o circunstancia médica tal que recibir cualquiera de las vacunas COVID-19 disponibles (incluidas las vacunas autorizadas para uso de emergencia) se consideraría inseguro.**
- La siguiente información es precisa.

Nombre del estudiante:

_____ Nombre del
padre/tutor: _____ Fecha de
nacimiento del estudiante: _____ Fecha de la consulta: _____

Nombre del proveedor médico autorizado:

_____ Tipo de proveedor médico
autorizado: Doctor en Medicina ("MD")
 Doctor en Medicina Osteopática ("DO")

Número de licencia para el proveedor médico con licencia:

_____ Teléfono del proveedor médico con
licencia: _____ Correo electrónico del
proveedor médico con licencia: _____
Firma del proveedor médico con licencia: _____ Fecha: _____

para uso interno de CSCE Solo

No se aceptarán formularios incompletos. Los formularios deben incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de licencia legibles del signatario médico, a quien la CSCE para confirmar su aprobación del formulario de consentimiento.

Parte 3B: Declaración jurada de exención de creencias personales: debe ser completada por el proveedor médico **Certificación de la provisión de información de COVID-19 al paciente**

Yo, el proveedor médico con licencia que suscribe, por la presente certifico, bajo pena de perjurio, que cada una de las siguientes declaraciones es verdadera y correcta:

- Soy un proveedor médico debidamente autorizado para ejercer actualmente en el Estado de California.
- En la fecha a continuación, **le informé al padre/tutor mencionado a continuación que las vacunas COVID-19 disponibles (incluidas las vacunas autorizadas para uso de emergencia) son seguras y efectivas de acuerdo con las pautas de la FDA y los CDC vinculadas en este documento.**
- En la fecha a continuación, **también proporcioné al padre/tutor mencionado a continuación información sobre (1) los beneficios y riesgos de recibir cualquiera de las vacunas COVID-19 disponibles (incluidas las vacunas autorizadas para uso de emergencia) y (2) el riesgos para la salud del estudiante y de la comunidad del COVID-19.**
- La siguiente información es precisa.

Nombre del estudiante:

_____ Nombre del
padre/tutor: _____ Fecha de
nacimiento del estudiante: _____ Fecha de la consulta: _____

Nombre del proveedor médico autorizado:

_____ Tipo de proveedor médico
autorizado: Doctor en Medicina ("MD")
 Doctor en Medicina Osteopática (" DO")

Número de licencia para el proveedor médico con licencia:

_____ Teléfono del proveedor médico con
licencia: _____ Correo electrónico del
proveedor médico con licencia: _____
Firma del proveedor médico con licencia: _____ Fecha: _____

No se aceptarán formularios incompletos. Los formularios deben incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de licencia legibles del signatario médico, a quien la CSCE para confirmar su aprobación del formulario de consentimiento.

2021-22 COVID -19 Formulario de exención de creencias médicas/personales
Página 3 de 4

FDA Información sobre pruebas y aprobación de vacunas:

https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/emergency-use-authorization-vaccines-explicado_

¿Se prueban rigurosamente las vacunas contra el COVID-19?

Sí. Los ensayos clínicos están evaluando las vacunas COVID-19 en investigación en decenas de miles de participantes del estudio para generar los datos científicos y otra información que necesita la FDA para determinar la seguridad y la eficacia. Estos ensayos clínicos se llevan a cabo de acuerdo con los rigurosos estándares establecidos por la FDA.

Inicialmente, en la fase 1, la vacuna se administra a un pequeño número de personas generalmente sanas para evaluar su seguridad en dosis crecientes y obtener información temprana sobre qué tan bien funciona la

vacuna para inducir una respuesta inmunitaria en las personas.

En ausencia de problemas de seguridad de los estudios de fase 1, los estudios de fase 2 incluyen a más personas, donde se prueban varias dosis en cientos de personas con estados de salud típicamente variables y de diferentes grupos demográficos, en estudios controlados aleatorios. Estos estudios proporcionan información de seguridad adicional sobre los efectos secundarios y riesgos comunes a corto plazo, examinan la relación entre la dosis administrada y la respuesta inmunitaria y pueden proporcionar información inicial sobre la eficacia de la vacuna. En la fase 3, la vacuna generalmente se administra a miles de personas en estudios aleatorizados y controlados que involucran a amplios grupos demográficos (es decir, la población prevista para el uso de la vacuna) y genera información crítica sobre la efectividad y datos de seguridad importantes adicionales. Esta fase proporciona información adicional sobre la respuesta inmunitaria en las personas que reciben la vacuna en comparación con las que reciben un control, como un placebo.



número de

bien

En

Información de los CDC sobre la efectividad de la vacuna:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendati>

- Las vacunas COVID-19 son seguras y efectivas.
- Las vacunas contra el COVID-19 se han utilizado bajo las condiciones más intensivas.
monitoreo de seguridad en la historia de los EE. UU., que incluye estudios en adolescentes
- Su hijo necesitará una segunda inyección de Pfizer-BioNTech
Vacuna COVID-19 3 semanas después de su primera inyección.
- Los niños y adolescentes reciben la misma dosis de Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 como adultos. No existen requisitos de peso del paciente para la vacunación COVID-19, y La dosis de la vacuna COVID-19 no varía según el peso del paciente.
- Su hijo no puede contraer el COVID-19 de ninguna vacuna contra el COVID-19, incluida la vacuna Pfizer-BioNTech.
- Su hijo puede recibir una vacuna contra el COVID-19 y otras vacunas en la misma visita o sin esperar 14 días entre vacunas.



No se aceptarán formularios incompletos. Los formularios deben incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de licencia legibles del signatario médico, a quien la CSCE puede contactar para confirmar su aprobación del formulario de consentimiento.