

Certificado de Exención

PARTE 1: PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL

Para esta exención sea válida por razones religiosas, personales, filosóficas, or médicas, por favor:

- 1: Llene los casilleros 1-4 con información sobre su niño/a.
- 2: Lea la Declaración Jurada.
- 3: Escriba sus iniciales donde se indique.
- 4: Escriba su nombre, la firma, y la fecha en los casilleros 5-6.
- 5: **Un proveedor de salud autorizado debe llenar Parte 2.**

1. Apellido(s) del estudiante

2. Primer nombre y inicial del medio

3. Fecha de nacimiento

____ / ____ / ____ <small>MES DÍA AÑO</small>
--

4. Sexo

M
 F

Soy el padre/la madre o tutor legal del niño(a) nombrado(a) anteriormente. Una o más de las vacunas requeridas están en conflicto con mis creencias personales, filosóficas, o religiosas.

Declaración Jurada

Entiendo que:

- Si hay un brote de enfermedad prevenible por vacunación a la cual mi estudiante no ha sido completamente vacunado, mi estudiante será excluido de asistir a la escuela o guardería.
_____ **(iniciales)**
- Una exención de las vacunas puede resultar en la enfermedad grave, la discapacidad, o la muerte para mi estudiante y otros. Entiendo los riesgos y las consecuencias de rechazar las vacunas.
_____ **(iniciales)**
- La información provista en este certificado es correcta y certificable. _____ **(iniciales)**

5. Nombre del padre/madre/tutor legal

6. Firma del padre/madre/tutor legal y la fecha

_____	____ / ____ / ____
-------	--------------------

PART 2: HEALTHCARE PROVIDER INSTRUCTIONS

In order for this form to be valid, please:

- Step 1:** Mark which disease(s) and what type of exemption is requested. If medical write a **T** for Temporary or **P** for Permanent.
- Step 2:** Discuss the benefits and risks of immunizations with the parent or guardian
- Step 3:** Read the Provider Declaration
- Step 4:** Print your name, credentials, sign, and date in Boxes 7-8

Vaccine	Personal/ Philosophical	Religious	Medical (T/P)**	Expiration Date for Temporary Medical
Diphtheria				
Hepatitis B				
Hib				
Measles				
Mumps				
Pertussis				
Pneumococcal				
Polio				
Rubella				
Tetanus				
Varicella				
All				

***A provider may grant a medical exemption only if there is a medical contraindication to a vaccine.*

Provider Declaration

I declare that:

- I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child.
- I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed under Title 18 RCW.
- The information provided on this form is complete and correct.

7. Print Provider Name and Credential (MD, ND, DO, ARNP, PA)

8. Provider Signature and Date

_____	____ / ____ / ____
-------	--------------------

¹ La ley RCW 28A.210.080-090 declara que que antes de o en el primer día de asistencia del niño(a) a cualquier escuela pública y privada o guardería aprobada en el estado de Washington, el padre/la madre/ tutor legal debe presentar prueba de: (1) inmunización completa, (2) el inicio y cumplimiento con un programa de vacunación, según lo requerido por las normas de la junta de salud del estado, o (3) un certificado de exención, firmado por el padre/la madre/tutor legal y A) firmado por un proveedor medico autorizado o B) demuestra la membresía religiosa que no permite el tratamiento médico por un profesional de salud.

AVISO: Llene esta página solamente si usted es miembro de una iglesia o cuerpo religioso con creencias y enseñanzas que no permiten el tratamiento médico.¹

Si tengas una objeción religiosa a las vacunas, pero las creencias o enseñanzas de su iglesia o religión permite el tratamiento médico por un proveedor de salud como un doctor o una enfermera, usted debe usar Página A del Certificado de Exención.

INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES/TUTORES LEGALES

Para esta exención sea válida por membresía religiosa, por favor:

- 1: Llene los casilleros 1-4 con información sobre su niño/a.
- 2: Lea la declaración jurada y escriba sus iniciales donde se indique.
- 3: Escriba el nombre de su iglesia o religión, su nombre, la firma, y la fecha en los casilleros 5-7.

1. Apellido(s) del estudiante

2. Primer nombre y inicial del medio

3. Fecha de nacimiento

MES / DÍA / AÑO

4. Sexo

 M F

Soy el padre/la madre o tutor legal del niño(a) nombrado(a) anteriormente. Solicito una exención de todas las vacunas requeridas.

DECLARACIÓN JURADA

Entiendo que:

- Si hay un brote de enfermedad prevenible por vacunación a la cual mi estudiante no ha sido completamente vacunado, mi estudiante será excluido de asistir a la escuela o guardería. ____ (iniciales)
- Una exención de las vacunas puede resultar en la enfermedad grave, la discapacidad, o la muerte para mi estudiante y otros. Entiendo los riesgos y las consecuencias de rechazar las vacunas. ____ (iniciales)
- La información provista en este certificado es correcta y certificable. ____ (iniciales)

Certifico que soy miembro de una iglesia o cuerpo religioso con creencias y enseñanzas que no permiten el tratamiento médico por un profesional de salud.

5. Nombre de su iglesia o afiliación religiosa

6. Escriba el nombre del padre/madre/tutor

7. Firma del padre/madre/tutor y la fecha

____ / ____ / ____

¹ La ley RCW 28A.210.090 declara que el padre/la madre/tutor legal demuestra una afiliación a una iglesia o cuerpo religioso con creencias y enseñanzas que no permiten el tratamiento médico por un profesional de salud.