



Vacunación

Formulario de exoneración médica

El Código de Colorado (CRS 25-4-902) requiere que todos los estudiantes que asistan a cualquier escuela del estado de Colorado estén vacunados contra determinadas enfermedades prevenibles mediante la vacunación, según lo establecido por la norma del Consejo de Salud de Colorado 6 CCR 1009-2, salvo que se presente una exención oficial. La ley se aplica a los estudiantes que asisten a kindergarten, escuelas primarias y secundarias hasta el 12.º grado que sean públicos, privados o religiosos, así como instituciones de educación superior o universidades y guarderías autorizadas por el Departamento de Servicios Sociales de Colorado, como centros de cuidado infantil, guarderías para niños en edad escolar, centros prescolares, hogares de cuidado infantil, hogares de acogida y programas Head Start. Se podrá prohibir el ingreso a una guardería o escuela de los estudiantes con una exoneración de vacunas registrada durante un brote de enfermedad; la duración variará según el tipo de enfermedad y las circunstancias del brote.

Complete todos los campos obligatorios a continuación. No se aceptan formularios incompletos.

Datos del estudiante:

Apellido:	Nombre:	(opcional) Segundo nombre:
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Condado:	
Número de teléfono:	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular	

Nombre del padre o tutor que completa este formulario:

Marcar si se trata de un estudiante emancipado o mayor de 18 años

Apellido:	Nombre:	(opcional) Segundo nombre:
Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Condado:	
Número de teléfono:	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular	

Datos de la escuela o guardería autorizada:

Nombre de la escuela o guardería autorizada:		
Distrito escolar:		<input type="checkbox"/> Marcar si no corresponde
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:	Grado del estudiante:	

Vacunas obligatorias para entrar a la escuela: (Marcar cada vacuna rechazada)	Enumere las contraindicaciones médicas de cada vacuna rechazada
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	
<input type="checkbox"/> Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP, Tdap)	
<input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	
<input type="checkbox"/> Virus de la poliomielitis inactivado (IPV)	
<input type="checkbox"/> Vacuna neumocócica conjugada (PCV13)	
<input type="checkbox"/> Sarampión, paperas, rubeola (MMR)	
<input type="checkbox"/> Varicela	

El estado físico del estudiante mencionado anteriormente hace que la vacunación pueda poner en peligro su vida o salud o que esté contraindicada desde un punto de vista médico debido a otros trastornos.

Firma: _____ Fecha: _____
Médico (MD, DO), enfermero especializado (APN) o auxiliar médico (PA) autorizado

En virtud de las leyes de Colorado, tiene la opción de excluir la información de su hijo/suya del CIIS. Para no estar incluido en el CIIS, vaya a www.colorado.gov/cdphe/ciis-opt-out-procedures. Tenga en cuenta que será responsable de mantener los registros de vacunación de su hijo/suyos para asegurar el cumplimiento de la escuela con las normas.