ARIZONA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

Nombre del Niño/a:_____
Fecha de nacimiento (mes/día/año):_____

Formulario de Exención por Creencias Personales

Kindergarten – 12 Grado Solamente

El Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) apoya firmemente la inmunización como una de las técnicas más fáciles y efectivas en la prevención de enfermedades que pueden causar síntomas graves e incluso la muerte. ADHS también respeta los derechos de los padres a decidir si vacunar o no a sus hijos/as.

Por ley estatal (A.R.S. §15-873), no se permitirá que un niño/a asista a la escuela hasta que se presente a la escuela con comprobante de todas las vacunas requeridas o un formulario de exención completo. La siguiente información sirve para garantizar que los padres estén informados sobre los riesgos de no vacunarse.

Marque con una "X" en la caja a la izquierda de cada enfermedad para eximir a su hijo/a de la vacuna. Complete sus iniciales y la fecha a la derecha.

☐	**Difteria (DTaP, DT, Tdap, Td):** Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo/a puede estar en mayor riesgo de desarrollar la difteria si se expone a esta enfermedad. Síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: fallo cardíaco, parálisis (no puede mover partes del cuerpo), problemas respiratorios, coma y muerte.	Iniciales:_____ Fecha:_____
☐	**Tétano (DTaP, DT, Tdap, Td):** Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo/a puede estar en mayor riesgo de desarrollar tétano si se expone a esta enfermedad. Síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: “traba” de la mandíbula, dificultad para tragar y respirar, convulsiones (sacudidas y mirada fija), espasmos dolorosos de los músculos en la cabeza y cuello, y muerte.	Iniciales:_____ Fecha:_____
☐	**Pertusis (Tos ferina) (DTaP, Tdap):** Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo/a puede estar en mayor riesgo de desarrollar pertusis (tos ferina) si se expone a esta enfermedad. Síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: ataques severos de tos que pueden causar vómito y agotamiento, neumonía, convulsiones (sacudidas y mirada fija), daño cerebral y muerte.	Iniciales:_____ Fecha:_____
☐	**Polio (IPV):** Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo/a puede estar en mayor riesgo de desarrollar polio si se expone a esta enfermedad. Síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: parálisis (no puede mover partes del cuerpo), meningitis (infección de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal), incapacidad permanente y muerte.	Iniciales:_____ Fecha:_____
☐	**Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR):** Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo/a puede estar en mayor riesgo de desarrollar sarampión, paperas y/o rubéola si se expone a estas enfermedades. Síntomas y efectos graves del sarampión son: neumonía, convulsiones (sacudidas y mirada fija), daño cerebral y muerte. Los graves síntomas y efectos de las paperas son: meningitis (infección de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal), hinchazón dolorosa de los testículos u ovarios, esterilidad, sordera y muerte. Los graves síntomas y efectos de la rubéola son: erupción cutánea, artritis y dolor muscular o articular. Si una mujer contrata rubeóla	Iniciales:_____ Fecha:_____

	durante el embarazo, podría tener un aborto involuntario o su bebé podría nacer con defectos de nacimiento graves como sordera, problemas del corazón y daño cerebral.	
☐	**Hepatitis B:** Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo/a puede estar en mayor riesgo de desarrollar hepatitis B si se expone a esta enfermedad. Síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: ictericia (piel u ojos amarillos), problemas del hígado de por vida, tales como cicatrices, cáncer del hígado y muerte.	Iniciales:_____ Fecha:_____
☐	**Varicela:** Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo/a puede estar en mayor riesgo de desarrollar varicela si se expone a esta enfermedad. Síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: infecciones graves de la piel, neumonía, daño cerebral y muerte. Una persona que ha tenido varicela puede tener una erupción dolorosa llamada herpes años más tarde.	Iniciales:_____ Fecha:_____
☐	**Enfermedad Meningocócica:** Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo/a puede estar en mayor riesgo de desarrollar la enfermedad meningocócica. Síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: daño neurológico, sepsis, cicatrización permanente o pérdida de extremidades, y muerte.	Iniciales:_____ Fecha:_____

Debido a mis creencias personales, solicité una exención para mi hijo/a de las vacunas seleccionadas anteriormente. Soy consciente de que si cambio de opinión en el futuro, puedo revocar esta exención y obtener las vacunas para mi hijo/a.
Iniciales: _____

☐ Soy consciente de que la información adicional acerca de las enfermedades prevenibles por vacunación, vacunas y servicios de vacunación reducidos o sin costo está disponible en mi departamento de salud local y el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (www.azdhs.gov/phs/immunization/).

☐ Soy consciente de que en el caso que el departamento de salud estatal o del condado declare un brote de una enfermedad prevenible por vacunación y yo no pueda presentar prueba de inmunidad para mi hijo/a, él o ella no puede ser permitido asistir a la escuela, que puede ser de 3 semanas o más.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha (mes/día/año)_____

Nombre del Niño/a:_____ Fecha de nacimiento (mes/día/año):_____