ARIZONA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

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

Formulario de Exención por Creencias Religiosas

Para Guarderías, Centros Preescolares y Head Start

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 que están criando a sus hijos/as en una religión con enseñanzas en oposición a la vacunación y que decidieron no vacunar a sus hijos/as.

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. Síntomas y efectos graves 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. Síntomas y efectos graves de la rubéola son: erupción cutánea, artritis y dolor muscular o articular. Si una mujer contrae rubeóla 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.	Iniciales:_____ Fecha:_____

☐	**Influenzae Haemophilus tipo b (Hib):** Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo/a puede estar en mayor riesgo de desarrollar Hib si se expone a esta enfermedad. Síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: meningitis (infección de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal), neumonía, hinchazón severa de la garganta que dificulta la respiración, infecciones de la sangre, articulaciones, huesos y cubierta del corazón y muerte.	Iniciales:_____ Fecha:_____
☐	**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:_____
☐	**Hepatitis A:** Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo/a puede estar en mayor riesgo de desarrollar hepatitis A si se expone a esta enfermedad. Síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: ictericia (piel u ojos amarillos) enfermedad similar a la gripe, hospitalización 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.	Iniciales:_____ Fecha:_____

Debido a mis creencias religiosas, 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 guardería, Centros Preescolares, o Head Start por 3 semanas o más.

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

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