



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.

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

<input type="checkbox"/>	Difteria (DTaP, DT, Tdap, Td): Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo puede estar en mayor riesgo de desarrollar la difteria si se expone a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos de esta enfermedad son: fallo cardíaco, parálisis (no puede mover partes del cuerpo), problemas respiratorios, coma y muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	Tétano (DTaP, DT, Tdap, Td): Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo puede estar en mayor riesgo de desarrollar tétano si se expone a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos 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 _____
<input type="checkbox"/>	Pertusis (Tos ferina) (DTaP, Tdap): Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo puede estar en mayor riesgo de desarrollar pertusis (tos ferina) si se expone a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos 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 _____
<input type="checkbox"/>	Polio (IPV): Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo puede estar en mayor riesgo de desarrollar polio si se expone a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos 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 _____
<input type="checkbox"/>	Sarampión, Paperas, Rubeóla (MMR): Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo puede estar en mayor riesgo de desarrollar sarampión, paperas y/o rubeóla si se expone a estas enfermedades. Los graves síntomas y efectos 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 rubeóla 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 _____
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B: Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo puede estar en mayor riesgo de desarrollar hepatitis B si se expone a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos 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 _____
<input type="checkbox"/>	Varicela: Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo puede estar en mayor riesgo de desarrollar varicela si se expone a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos 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 _____
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Meningocócica: Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo puede estar en mayor riesgo de desarrollar la enfermedad meningocócica. Los graves síntomas y efectos de esta enfermedad son: daño neurológico, sepsis, cicatrización permanente o pérdida de extremidades, y muerte.	Iniciales _____ Fecha _____

Debido a mis creencias personales, solicito una exención para mi hijo 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. 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, él o ella no puede ser permitido asistir a la escuela, que puede ser de 3 semanas o más.

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

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