





**APELLIDO DEL NIÑO:                      NOMBRE:                      INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:                      FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA):**

**AVISO:** Es ta formulario puede ser utilizado para eximir a un niño del requisito de la vacunación cuando un un profesional de atención médica haya determinado que una vacuna específica no es recomendable para el niño por razones médicas. Uste formulario debe ser llenado por un profesional de atención médica y firmado por el padre o tutor. Es posible que el niño o estudiante eximido sea excluido de la escuela o del centro de cuidado infantil durante un brote de la enfermedad contra la cual no han sido vacunados completamente. Las enfermedades prevenibles por las vacunas aún existen y pueden propagarse rápidamente en los entornos escolares y de cuidado infantil.

**MÉDICA EXENCIÓN (MEDICAL EXEMPTION)**

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine required by rule of the Washington State Board of Health only if in their judgment, the vaccine is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine, per RCW 28A.210.090. Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practice’s (ACIP) recommendations via the Centers for Disease Control and Prevention publication, “Guide to Vaccine Contraindications and Precautions,” or the manufacturer’s package insert. The ACIP guide can be found at [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html).

*Please indicate which vaccination the **medical exemption** is referring to by disease. If the patient is not exempt from certain vaccinations, mark “not exempt.”*

Enfermedad (Disease)	No Exento (Not Exempt)	Exento Permanente (Permanent Exempt)	Exento temporal (Temporary Exempt)	Fecha de vencimiento para el exento temporal (Expiration Date for Temporary Medical)
Difteria (Diphtheria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neumococo (Pneumococcal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paperas (Mumps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubeola (Rubella)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sarampión (Measles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos (Tetanus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tos ferina (Pertussis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicela (Chickenpox)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD (Healthcare Practitioner Declaration)**

I declare that vaccination for the disease(s) checked about is/are not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington state, and the information provided on this form is complete and correct.

\_\_\_\_\_  
 Licensed Health Care Practitioner Name (Print)

\_\_\_\_\_  
 Licensed Health Care Practitioner Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

MD    ND    DO    ARNP    PA

Washington License #: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL PADRE O TUTOR (Parent/Guardian Declaration)**

He conversado sobre los beneficios y riesgos de las vacunas con el profesional de atención médica que otorga esta exención médica. Me informaron que, si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacunas de la cual mi hijo está exento, es posible que se le excluya de su escuela o centro de cuidado infantil mientras dure el brote. La información en este formulario está completa y es correcta.

\_\_\_\_\_  
 Nombre del padre o tutor (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha