



Certificado médico de exención de vacunación para uso en guarderías, centros preescolares, escuelas y universidades públicas y privadas

Instrucciones para completar el certificado médico de exención de vacunación

Sección 1: Complete con la información de la escuela y del alumno.

Sección 2: Para uso del proveedor de atención médica. Proporcione nombre, dirección, contraindicaciones de la vacuna, firma y fecha.

Sección 3: Para uso de la escuela. Obtenga la firma y la fecha por parte de la escuela y distribuya las copias tal como se indica a continuación.

Sección 1: Información de la escuela y el alumno

Nombre de la guardería, la escuela o la institución	Dirección	Ciudad	Código postal	Teléfono
Nombre del alumno		Fecha de nacimiento	Grado	
Dirección		Ciudad	Código postal	Teléfono

Sección 2: Para uso del profesional de atención médica. Proporcione nombre, dirección, contraindicaciones de la vacuna, firma y fecha.

Nombre del profesional de atención médica	Dirección	Ciudad	Código postal	Teléfono
---	-----------	--------	---------------	----------

- Certifico que debido a la(s) contraindicación(es), el alumno nombrado anteriormente está exento de recibir la(s) vacuna(s) requerida(s):
- La(s) contraindicación(es) marcada(s) a continuación están en conformidad con las pautas del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP), o las instrucciones de la vacuna: (marque las casillas que correspondan)

- | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DTaP | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> HIB | <input type="checkbox"/> VPH | <input type="checkbox"/> Gripe | <input type="checkbox"/> IPV | <input type="checkbox"/> MCV | <input type="checkbox"/> MMR |
| <input type="checkbox"/> PCV | <input type="checkbox"/> Td/Tdap | <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> Varicela | | | | | |

Contraindicaciones	Precauciones o contraindicaciones temporales
<input type="checkbox"/> Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una vacuna (general para todas las vacunas). <input type="checkbox"/> Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a un componente de la vacuna (general para todas las vacunas). <input type="checkbox"/> Encefalopatía previa no atribuible a otra causa identificable los 7 días posteriores a la administración de la dosis previa DTaP/DTP. <input type="checkbox"/> Problema neurológico progresivo después de una dosis de DTaP/DTP. <input type="checkbox"/> MMR contraindicada con inmunodeficiencia, por cualquier causa, incluido el VIH. <input type="checkbox"/> Varicela contraindicada con depresión sustancial de inmunidad celular. <input type="checkbox"/> Rotavirus contraindicado con inmunodeficiencia combinada grave (SCID).	<input type="checkbox"/> Administración reciente de un hemoderivado con que contiene dosis de la anticuerpos (MMR, varicela). <input type="checkbox"/> La estudiante está embarazada. (MMR, varicela, VPH). <input type="checkbox"/> Trombocitopenia/púrpura trombocitopénica: actual o con antecedentes (MMR). <input type="checkbox"/> Inmunocompetencia alterada por rotavirus distinta de SCID, dentro de antecedentes de invaginación intestinal, gastrointestinal crónica, de espina bífida o extrofia vesical. Cualquiera de las siguientes después de una dosis previa de DTP o DTaP: <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico: inestable o en evolución. <input type="checkbox"/> Fiebre idiopática de $\geq 105^\circ\text{F}$ ($40,5^\circ\text{C}$) (dentro de las 48 horas) <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones dentro de las 72 horas <input type="checkbox"/> Llanto persistente e inconsolable persistente > 3 (dentro de las 48 horas) <input type="checkbox"/> Colapso o estado similar a una neurosis (dentro de las 48 horas) <input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barré (dentro de las 6 semanas) <input type="checkbox"/> Antecedentes de hipersensibilidad de tipo Arthus: posponga la vacuna contra el tétanos durante al menos 10 años desde la última dosis.

Se ha informado a los padres/los alumnos que si se produjera un brote de enfermedad que se pudiera prevenir mediante vacunación, los estudiantes exentos serán excluidos de la escuela por el director administrativo de la escuela durante un período determinado por el Departamento de Salud en función de un análisis caso por caso del riesgo para la salud pública.

Firma del profesional de atención médica

Fecha

Sección 3: Solo para uso oficial de la escuela: Obtenga la firma y la fecha por parte de la escuela y distribuya las copias tal como se indica a continuación.

Firma del enfermero/a de la escuela

Fecha

Firma del director administrativo de la escuela

Fecha

Nota: De acuerdo con las *normas y reglamentos del Departamento de Salud de Rhode Island relacionados con la vacunación y las pruebas de enfermedades transmisibles (R23-1-IMM)*, (<http://www.rules.state.ri.us/rules/>), es responsabilidad del director administrativo de la guardería, el centro preescolar, la escuela o la universidad velar por el cumplimiento de dichos reglamentos. El director administrativo de la guardería, el centro preescolar, la escuela o la universidad excluirá a los alumnos que no hayan recibido la cantidad mínima de vacunas requeridas y que no estén exentos de conformidad con la normativa.