Washington State Department of HEALTH

CERTIFICADO DE EXENCIÓN: PERSONAL/RELIGIOSA

Para requisitos de vacunación en escuelas, centros de cuidado infantile y prescholares

(CERTIFICATE OF EXEMPTION: PERSONAL/RELIGIOUS)

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

AVISO: El padre o el tutor puede eximir a su niño de las vacunas que se enumeran a continuación; para ello, debe presentar este formulario completo en la escuela o en el centro de cuidado infantil de su niño. Una persona exenta de una vacuna se considera en riesgo de contraer la enfermedad o las enfermedades contra las cuales la vacunación ofrecem protección las vacunas. Es posible que el niño o estudiante exento sea excluido de la escuela o del centro de cuidado infantil y de sus actividades durante un brote de la enfermedad contra la cual no ha sido vacunado completamente. Las enfermedades prevenibles mediante las vacunas aún existen y pueden propagarse con rapidez en los entornos escolares y de cuidado infantil. Las vacunas son una de las mejores maneras de proteger a las personas de contraer y transmitir las afecciones que pueden resultar en enfermedades graves, discapacidades o la muerte.

EXENCIÓN PERSONAL/FILOSÓFICA O RELIGIOSA (Personal/Philosophical or Religious Exemption)

Eximo a mi hijo del requisito por el cual debe vacunarse contra la/s siguiente/s enfermedad/es para asistir a la escuela o al centro de cuidado infantil (seleccione un tipo de exención y las vacunaciones de las cuales desea eximir a su hijo):

EXENCIÓN PERSONAL/FILOSÓFICA* (Personal/Philosophical Exemption)			
☐ Difteria (Diphtheria)	☐ Hepatitis B	☐ Hib	☐ Neumococo (Pneumococcal)
☐ Polio	☐ Tos ferina (Pertussis)	☐ Tétanos (Tetanus)	☐ Varicela (Chickenpox)
** Es posible que el sarampión, las paperas y la rubéola no puedan eximirse por motivos personales/filosóficos según la ley del estado*			
EXENCIÓN RELIGIOSA (Religious Exemption)			
☐ Difteria (Diphtheria)	☐ Hepatitis B	☐ Hib	☐ Neumococo (Pneumococcal)
☐ Paperas (Mumps)	☐ Polio	☐ Rubeola (Rubella)	☐ Sarampión (Measles)
☐ Tétanos (Tetanus)	☐ Tos ferina (Pertussis)	☐ Varicela (Chickenpox)	

DECLARACIÓN DEL PADRE O TUTOR (PARENT/GUARDIAN DECLARATION)

Una o más de las vacunas requeridas están en conflicto con mis creencias personales, filosóficas o religiosas. He converado sobre los beneficios y los riesgos de las vacunas con el profesional de atención médica (que firma a continuación). Se me informó que, si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacunas de la cual mi niño está exento, es posible que se excluya a mi niño de su escuela o centro de cuidado infantil durante el tiempo que dure el brote. La información en este formulario está completa y es correcta.

_____ _____ _____

Nombre del padre o tutor (en imprenta) | Firma del padre o tutor | Fecha

DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD (HEALTHCARE PRACTITIONER DECLARATION)

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. My signature does not necessarily mean I endorse this decision.

_____ _____ _____

Licensed Health Care Practitioner Name (Print) | Licensed Health Care Practitioner Signature | Date

☐ MD ☐ ND ☐ DO ☐ ARNP ☐ PA Washington License #: _____

EXENCIÓN POR AFILIACIÓN RELIGIOSA (Religious Membership Exemption) (No utilice esta sección si utiliza la sección Exención religiosa anterior)

Complete esta sección ÚNICAMENTE si pertenece a una iglesia o religión que se opone al uso de tratamientos médicos. Utilice la sección anterior si tiene una objeción religiosa a las vacunas, pero las creencias o enseñanzas de su iglesia o religión permiten que su niño reciba un tratamiento de profesionales médicos como médicos y enfermeras.

DECLARACIÓN DEL PADRE O TUTOR (Parent/Guardian Declaration)

Soy el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente. Afirmo que soy miembro de una iglesia o religión cuyas enseñanzas no permiten que proveedores de atención médica brinden tratamiento médico a mi niño. Se me informó que, si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacunas de la cual mi hijo está exento, es posible que se excluya a mi niño de su escuela o centro de cuidado infantil durante el tiempo que 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

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a doh.information@doh.wa.gov. **DOH 348-106 Español July 2025**

Washington State Department of HEALTH

CERTIFICADO DE EXENCIÓN: MÉDICA

Para requisitos de vacunación en escuelas, centros de cuidado infantile y prescholar

(SCHOOL/CHILD CARE CERTIFICATE OF EXEMPTION : MEDICAL)

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 the contraindications and precautions in the appendix of the CDC Child and Adolescent Immunization Schedule or in the manufacturer's package inserts.

*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)	☐	☐	☐	
Hepatitis B	☐	☐	☐	
Hib	☐	☐	☐	
Neumococo (Pneumococcal)	☐	☐	☐	
Paperas (Mumps)	☐	☐	☐	
Polio	☐	☐	☐	
Rubeola (Rubella)	☐	☐	☐	
Sarampión (Measles)	☐	☐	☐	
Tétanos (Tetanus)	☐	☐	☐	
Tos ferina (Pertussis)	☐	☐	☐	
Varicela (Chickenpox)	☐	☐	☐	

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 professional 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

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a doh.information@doh.wa.gov. **DOH 348-106 Español July 2025**