

## Preescolar - 12.º Grado – Certificado Médico de Excepción de Vacunas Para uso en escuelas públicas, privadas y charter

### Instrucciones para completar un Certificado Médico de Excepción de Vacunas

**Sección 1:** Ingrese la información de la escuela y del/de la estudiante

**Sección 2:** Solo para el uso del proveedor de servicios de salud. Incluya el nombre, dirección, contraindicación(es) de vacuna, firma y fecha.

**Sección 3:** Solo para el uso de la escuela. Obtenga las firmas y fechas de la escuela.

Sección 1: Información de la escuela y del/de la estudiante.				
Nombre de la escuela (que acepta la excepción)	Calle y número	Ciudad	Código Postal	Teléfono
Nombre del/de la estudiante:		Fecha de nacimiento	Grado/Nivel	
Calle y número	Ciudad	Código Postal	Teléfono	
Sección 2: Solo para el uso del Proveedor de servicios de salud - Incluya el nombre, dirección, contraindicación(es) de vacuna, firma y fecha.				
Nombre del Proveedor de servicios de salud	Calle y número	Ciudad	Código Postal	Teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o madre/tutor, o estudiante (si el estudiante es mayor de 18 años de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

- Certifico que debido a una contraindicación (o contraindicaciones) el/la estudiante mencionado/a está exento/a de recibir la(s) vacuna(s) requerida(s).
- La contraindicación (o contraindicaciones) marcada a continuación es en conformidad con las directrices del Comité Asesor de Prácticas para Vacunas (ACIP), las directrices de la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP), o de las instrucciones incluidas en el paquete de la vacuna. (Marque lo que corresponda)

DTaP/Tdap  
  Hepatitis A  
  Hepatitis B  
  IPV  
  MenACWY  
  MMR  
  Td/Tdap  
  Varicela

Contraindicaciones permanentes	Contraindicaciones temporales hasta (fecha _____ )
<input type="checkbox"/> Reacción alérgica severa (p. ej: anafilaxis) después de una dosis previa de la vacuna (general para todas las vacunas) <input type="checkbox"/> Reacción alérgica severa (p. ej: anafilaxis) a un componente de la vacuna (general para todas las vacunas) <input type="checkbox"/> Encefalopatía previa no atribuible a otra causa identificable dentro de un plazo de 7 días después de la administración de la dosis previa de DTaP/DTP/ <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos progresivos después de DTaP/DTP <input type="checkbox"/> Vacuna MMR contraindicada debido a inmunodeficiencia, debido a cualquier causa <input type="checkbox"/> Vacuna de varicela contraindicada con supresión sustancial de inmunidad celular <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Reciente administración de un producto de sangre que contiene un anticuerpo (MMR, Varicela) <input type="checkbox"/> La menor está embarazada (MMR, Varicela) <input type="checkbox"/> Trombocitopenia/Trombocitopenia - actual o en el historial (MMR) Otra _____ <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Precauciones</b></p> <p><b>Cualquiera de las condiciones siguientes después de una dosis previa de DTP o DTaP:</b></p> <input type="checkbox"/> Desorden neurológico - Inestable o en evolución <input type="checkbox"/> Fiebre superior a los 105°F (40.5°C) sin explicación por otra causa (en un plazo de 48 horas) Convulsión en un plazo 72 horas <input type="checkbox"/> Llanto persistente e inconsolable por más de 3 horas (en un plazo 48 hrs) <input type="checkbox"/> Colapso o estado de shock (en un plazo 48 hrs) <input type="checkbox"/> Síndrome Guillain-Barré (en un plazo 6 semanas) <p><b>Otras precauciones para las vacunas requeridas:</b></p> <input type="checkbox"/> _____
Precauciones para DTaP, DT, Td, Tdap	
<input type="checkbox"/> Historial de hipersensibilidad tipo arthus, diferir la vacuna toxoide contra el tétanos por lo menos por 10 años	

El Padre o madre / estudiante han sido informados que si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacuna, el/la menor exento/a será excluido/a por el jefe administrativo de la escuela por un periodo de tiempo determinado por la División de Salud Pública y del Comportamiento de Nevada con base en al análisis de cada caso en particular o del riesgo a la salud pública.

Firma del MD, OT o APRN.

Solo un MD, OT o APRN puede firmar, a menos que represente a una clínica tribal o designado.

Número de licencia

Fecha

Sección 3: Solo para uso oficial de la escuela: Por favor, incluya la fecha y firmas
<p style="text-align: center;">_____ Firma del/de la enfermero/a de la escuela o designado</p> <p>Es responsabilidad del jefe administrativo de la escuela asegurar el cumplimiento con las reglas. El jefe administrativo de la escuela deberá excluir a estudiantes que no hayan recibido el número mínimo de vacunas requeridas y que no estén exentos en conformidad con las reglas.</p>