

# Universidades – Certificado Médico de Excepción de Vacunas

## Solo para el uso en universidades

Programa de vacunación estatal de Nevada · 4150 Technology Way Suite 210 · Carson City, NV 89706 <http://dphh.nv.gov/Programs/Immunizations/> · (775) 684-5900 · [nviz@health.nv.gov](mailto:nviz@health.nv.gov)

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

**Sección 1:** Ingrese la información de la universidad 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 universidad: Obtenga las firmas de la universidad y fecha.

**Favor de entregar este formulario a su universidad.**

<b>Sección 1:</b> Información de la universidad y del/de la estudiante				
Nombre de la universidad (que acepta la excepción)	Calle y número	Ciudad	Código Postal	Teléfono
Nombre del/de la estudiante:		Fecha de nacimiento	NSHE ID#	
Calle y número		Ciudad	Código Postal	Teléfono
<b>Sección 2:</b> 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

1. Certifico que debido a una contraindicación (o contraindicaciones) el/la estudiante mencionado/a está exento/a de recibir la(s) vacuna(s) requerida(s).
2. 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)

**MenACWY**

**MMR**

**Td/Tdap**

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/ 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) Trombocitopenia/ Trombocitopenia - actual o en el historial (MMR) <input type="checkbox"/> Otra _____
Precauciones	
<b>Cualquiera de las condiciones siguientes después de una dosis previa de DTP o DTaP:</b>	
<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)	
<b>Otras precauciones para las vacunas requeridas:</b> <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 estudiante exento/a podría ser excluido del colegio comunitario/universidad estatal por el jefe administrativo del colegio comunitario/universidad estatal por un periodo de tiempo determinado por la División de Salud Pública y del Comportamiento de Nevada con base en el 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

<b>Sección 3:</b> Solo para uso oficial del colegio/universidad: por favor, incluya la fecha y firmas	
_____ Firma del/de la enfermero/a de	_____ Firma del funcionario de matriculación o designado
_____ Fecha	
Es responsabilidad del jefe administrativo de la universidad asegurar el cumplimiento con las reglas. El jefe administrativo de la universidad deberá excluir a estudiantes que no hayan recibido el número mínimo de vacunas requeridas y que no estén exentos en conformidad con las reglas.	