Preescolar - 12.º Grado – Certificado Médico de Excepción de Vacunas

Para uso en escuelas públicas, privadas y charter

Programa de vacunación estatal de Nevada • 4150 Technology Way Suite 210 • Carson City, NV 89706
http://dpbh.nv.gov/Programs/Immunizations/ • (775) 684-5900 • nviz@health.nv.gov

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

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)

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

Contraindicaciones permanentes	**Contraindicaciones temporales hasta (fecha_____)**
☐ Reacción alérgica severa (p. ej: anafilaxis) después de una dosis previa de la vacuna (general para todas las vacunas) ☐ Reacción alérgica severa (p. ej: anafilaxis) a un componente de la vacuna (general para todas las vacunas) ☐ 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 ☐ Problemas neurológicos progresivos después de DTaP/DTP ☐ Vacuna MMR contraindicada debido a inmunodeficiencia, debido a cualquier causa ☐ Vacuna de varicela contraindicada con supresión sustancial de inmunidad celular ☐ Otra _____	☐ Reciente administración de un producto de sangre que contiene un anticuerpo (MMR, Varicela) ☐ La menor está embarazada (MMR, Varicela) ☐ Trombocitopenia/Trombocitopenia - actual o en el historial (MMR) ☐ Otra _____ **Precauciones** **Cualquiera de las condiciones siguientes después de una dosis previa de DTP o DTaP:** ☐ Desorden neurológico-- Inestable o en evolución ☐ 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 ☐ Llanto persistente e inconsolable por más de 3 horas (en un plazo 48 hrs) ☐ Colapso o estado de shock (en un plazo 48 hrs) ☐ Síndrome Guillain-Barré (en un plazo 6 semanas) **Otras precauciones para las vacunas requeridas:** ☐ _____

Precauciones para DTaP, DT, Td, Tdap

☐ 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 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 peude 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

Firma del/de la enfermero/a de la escuela o designado	Fecha
_____	_____

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 elnúmero mínimo de vacunas requeridas y que no estén exentos en conformidad con las reglas.