



Vacunación

Formulario de exención no médica

Las vacunas son uno de los logros más grandes del siglo pasado en materia de salud pública y se estima que salvan la vida de unos tres millones de niños cada año. El Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado apoya firmemente la vacunación como una de las herramientas más sencillas y efectivas para la prevención de enfermedades que pueden provocar trastornos graves e incluso la muerte. Para casi todos los niños, los beneficios de prevenir enfermedades con una vacuna superan ampliamente los riesgos. La ley de Colorado (CRS 25-4-902) requiere que todos los estudiantes que asistan a cualquier escuela del estado de Colorado estén vacunados contra determinadas enfermedades prevenibles mediante la vacunación, según lo establecido por la norma del Consejo de Salud de Colorado 6 CCR 1009-2, salvo que se presente una exención oficial.

La ley se aplica a los estudiantes que asisten a guarderías autorizadas por el Departamento de Servicios Sociales de Colorado, kindergarten, escuelas primarias y secundarias hasta el 12.º grado que sean públicos, privados o religiosos, así como instituciones de educación superior o universidades. Antes de kindergarten, se debe presentar un formulario de exención no médica cada vez que corresponda que el alumno sea vacunado según el plan elaborado por el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación.^{1,2} Desde kindergarten hasta 12.º grado, debe presentarse un formulario de exención no médica oficial cada año durante el proceso de inscripción o registro escolar del estudiante. Podrá prohibirse el ingreso de los estudiantes con exención de vacunación a una guardería o escuela durante un brote de enfermedad; la duración variará según el tipo de enfermedad y las circunstancias del brote.

Complete todas las cajas sombreadas a continuación; no se aceptarán formularios sin completar. *Todas las cajas son obligatorias, a menos que estén marcadas como opcionales.*

| | |
|---|---|
| Tipo de exención no médica presentada: | |
| <input type="checkbox"/> Creencias personales | <input type="checkbox"/> Creencias religiosas |

Datos del estudiante:

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| Apellido(s): | Nombre: | Segundo nombre (opcional): |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | Fecha de nacimiento: | |
| N.º de vivienda: | Nombre de la calle: | Tipo de calle (por ej.: Ave.) |
| Unidad: | Casilla postal: | |
| Ciudad: | Estado: CO | Código postal: |
| Correo electrónico: | Condado: | |
| Número de teléfono: | <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular | |

Nombre del padre o tutor que completa este formulario: Marcar si se trata de un estudiante emancipado o mayor de 18 años

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| Apellido(s): | Nombre: | Segundo nombre (opcional): |
| Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor | | |
| N.º de vivienda: | Nombre de la calle: | Tipo de calle (por ej.: Ave.) |
| Unidad: | Casilla postal: | |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: CO | Código postal: |
| Correo electrónico: | Condado: | |
| Número de teléfono: | <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular | |

Datos de la escuela o guardería autorizada:

| | | |
|--|-----------------------|---|
| Nombre de la escuela o guardería autorizada: | | |
| Distrito escolar: | | <input type="checkbox"/> Marcar si no corresponde |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: CO | Código postal: |
| Número de teléfono: | Grado del estudiante: | |

¹ Norma del Consejo de Salud de Colorado 6 CCR 1009-2: <http://www.sos.state.co.us/CCR/GenerateRulePdf.do?ruleVersionId=6437&fileName=6%20CCR%201009-2>.

² Plan de vacunación 2015 recomendado desde el nacimiento hasta los 6 años: www.cdc.gov/vaccines/parents/downloads/parent-ver-sch-0-6yrs.pdf. Con base en este plan, debería presentarse un formulario de exención no médica a los 2, 4, 6, 12 y 18 meses de edad.

| | |
|--|---|
| <p>Vacunas obligatorias para entrar a la escuela</p> <p>La siguiente información se proporciona para garantizar que los padres, tutores o estudiantes estén informados sobre los riesgos de no vacunarse.</p> | <p>Poner las iniciales en cada vacuna rechazada</p> |
| <p>Hepatitis B: Mi hijo o yo podemos tener mayor riesgo de contraer hepatitis B si somos expuestos a esta enfermedad. Los síntomas y efectos graves incluyen ictericia, problemas hepáticos de por vida, como daño, cicatrices y cáncer de hígado, y la muerte. Para más información: http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/hep-b.pdf</p> | |
| <p>Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP, Tdap): Mi hijo o yo podemos tener mayor riesgo de contraer difteria, tétanos o tos ferina si somos expuestos a esas enfermedades. Los síntomas y efectos graves de la difteria incluyen insuficiencia cardíaca, parálisis, problemas respiratorios, coma y la muerte. Los síntomas y efectos graves del tétanos incluyen bloqueo de la mandíbula, dificultad para tragar y respirar, convulsiones, contracción dolorosa de los músculos de la cabeza y el cuello, y la muerte. Los síntomas y efectos graves de la tos ferina (tos convulsa) incluyen ataques graves de tos que pueden causar vómitos y agotamiento, neumonía, convulsiones, daño cerebral y la muerte. Para más información: http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/dtap.pdf y http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/tdap.pdf</p> | |
| <p>Haemophilus influenza tipo b (Hib): Mi hijo o yo podemos tener mayor riesgo de contraer Hib invasivo si somos expuestos a esta enfermedad. Los síntomas y efectos graves incluyen meningitis bacteriana, neumonía, inflamación grave de la garganta, daños neurológicos permanentes, incluso ceguera, sordera y retardo mental, infecciones en la sangre, articulaciones, huesos y pericardio, y la muerte. Para más información: http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/hib.pdf</p> | |
| <p>Virus de la poliomielitis inactivado (IPV): Mi hijo o yo podemos tener mayor riesgo de contraer poliomielitis si somos expuestos a esta enfermedad. Los síntomas y efectos graves incluyen parálisis de los músculos que controlan la respiración, meningitis, discapacidad permanente y la muerte. Para más información: http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/ipv.pdf</p> | |
| <p>Vacuna neumocócica conjugada (PCV13) o de polisacáridos (PPSV23): Mi hijo o yo podemos tener mayor riesgo de contraer la enfermedad neumocócica si somos expuestos a ella. Los síntomas y efectos graves incluyen neumonía, infecciones pulmonares, infecciones sanguíneas, meningitis y la muerte. Para más información: http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/pcv13.pdf y http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/ppv.pdf</p> | |
| <p>Sarampión, paperas, rubéola (MMR): Mi hijo o yo podemos tener mayor riesgo de contraer sarampión, paperas o rubéola si somos expuestos a estas enfermedades. Los síntomas y efectos graves del sarampión incluyen neumonía, convulsiones, daño cerebral y la muerte. Los síntomas y efectos graves de las paperas incluyen meningitis, inflamación dolorosa de los testículos u ovarios, esterilidad, sordera y la muerte. Los síntomas y efectos graves de la rubéola incluyen sarpullido, artritis y dolor muscular o articular. Si una mujer embarazada contrae rubéola, podría tener un aborto o su bebé podría nacer con graves defectos congénitos, como sordera, problemas cardíacos y retardo mental. Para más información: http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/mmr.pdf</p> | |
| <p>Varicela: Mi hijo o yo podemos tener más riesgos de contraer varicela si somos expuestos a esta enfermedad. Los síntomas y efectos graves incluyen infecciones de la piel graves, neumonía, daño cerebral y la muerte. Para más información: http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/varicella.pdf</p> | |

Soy el padre, la madre o el tutor del estudiante mencionado anteriormente o soy el propio estudiante (emancipado o mayor de 18 años) y mis creencias religiosas o personales se oponen a las vacunas. Al firmar este formulario, me rehúso a la(s) vacuna(s) requerida(s) para el ingreso de mi hijo/mi ingreso, según las iniciales que figuran anteriormente, y entiendo lo siguiente:

- Mi hijo no podrá/Yo no podré asistir a la guardería o a la escuela durante un brote de enfermedad.
- Algunas enfermedades prevenibles mediante la vacunación son comunes en otros países y mi hijo/yo podría contraer una de esas enfermedades al viajar o de un viajero.
- Al no seguir el consejo de un médico, enfermero registrado, asistente médico o funcionario de salud pública que haya recomendado vacunarse, puedo poner en riesgo la salud o la vida de mi hijo/mi salud o mi vida y a terceros que entren en contacto con mi hijo/conmigo.
- Podré cambiar de opinión en cualquier momento y aceptar vacuna(s) para mi hijo/para mí en el futuro.
- Puedo consultar información sobre vacunas basada en evidencias en www.colorado.gov/cdphe/immunization-education o en www.ImmunizeforGood.com para estar al tanto de los beneficios y riesgos de las vacunas y las enfermedades que estas previenen.

- Puedo ponerme en contacto con el Sistema de Información sobre Vacunación de Colorado (CIIS) en www.ColoradoIIS.com o con mi proveedor de atención médica para localizar el registro de vacunas de mi hijo o mi registro.³

La información que proporcioné en este formulario está completa y es exacta. Reconozco que he leído este documento en su totalidad y que lo entiendo plenamente.

Firma del padre/madre/tutor/estudiante (emancipado o mayor de 18 años): _____ Fecha: _____

³ En virtud de las leyes de Colorado, tiene la opción de excluir la información de su hijo o su información del CIIS. Para no estar incluido en el CIIS, vaya a www.colorado.gov/cdphe/ciis-opt-out-procedures. Tenga en cuenta que será responsable de mantener los registros de vacunación de su hijo o sus registros para asegurar el cumplimiento de la escuela con las normas.