



Vacunación

Formulario de exoneración médica

El Código 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 exoneración oficial. La norma rige para los estudiantes que asisten a guarderías autorizadas por el Departamento de Servicios Sociales de Colorado, kindergarten públicos y parroquiales o religiosos, escuelas primarias y secundarias hasta el 12.º grado e instituciones de educación superior o universidades. Se podrá prohibir el ingreso a una guardería o escuela de los estudiantes con una exoneración de vacunas registrada durante un brote de enfermedad; la duración variará según el tipo de enfermedad y las circunstancias del brote. Complete todos los campos obligatorios a continuación; no se aceptarán formularios sin completar.

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:	

Vacunas obligatorias para entrar a la escuela: (Marcar cada vacuna rehusada)	Enumere la o las contraindicaciones médicas de cada vacuna rehusada
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	
<input type="checkbox"/> Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP, Tdap)	
<input type="checkbox"/> Haemophilus influenza tipo b (Hib)	
<input type="checkbox"/> Virus de la poliomielitis inactivado (IPV)	
<input type="checkbox"/> Vacuna neumocócica conjugada (PCV13) o de polisacáridos (PPSV23)	
<input type="checkbox"/> Sarampión, paperas, rubéola (MMR)	
<input type="checkbox"/> Varicela	

El estado físico del estudiante mencionado anteriormente hace que la vacunación pueda poner en peligro su vida o salud o que esté contraindicada desde un punto de vista médico debido a otros trastornos.

Firma del médico o enfermero especializado: _____ Fecha: _____

En virtud de las leyes de Colorado, tiene la opción de excluir la información de su hijo/suya 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/suyos para asegurar el cumplimiento de la escuela con las normas.



Immunization Medical Exemption Form

Colorado law C.R.S. § 25-4-902 requires all students attending any school in the state of Colorado to be vaccinated against certain vaccine-preventable diseases as established by Colorado Board of Health rule 6 CCR 1009-2, unless an official exemption form is filed. This law applies to students attending child care facilities licensed by the Colorado Department of Human Services, public, private and parochial kindergarten, elementary and secondary schools through 12th grade, and colleges or universities. Students with a recorded immunization exemption may be kept out of a child care facility or school during a disease outbreak; the length of time will vary depending on the type of disease and the circumstances of the outbreak.

Please complete all required fields below; incomplete forms will not be accepted. *All fields are required unless noted optional.*

Student Information:

Last Name:	First Name:	(optional) Middle Name:
Gender: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Date of Birth:	
Street #:	Street Name:	Street Type (e.g. Ave.):
Unit #:	P.O. Box:	
City:	State: CO	Zip Code:
Email Address:	County:	
Phone Number:	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell	

Parent/Guardian Completing This Form: Check if an emancipated student or student over 18 years old

Last Name:	First Name:	(optional) Middle Name:
Relationship to student: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian		
Street #:	Street Name:	Street Type (e.g. Ave.):
Unit #:	P.O. Box:	
City:	State: CO	Zip Code:
Email Address:	County:	
Phone Number:	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell	

School/Licensed Child Care Facility Information:

School Name/Licensed Child Care Facility:		
School District:	<input type="checkbox"/> Check if Not Applicable	
Address:		
City:	State: CO	Zip Code:
Phone Number:	Grade of Student:	

Required Vaccines for Entering School: (Check each vaccine declined)	List medical contraindication(s) for each vaccine declined
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	
<input type="checkbox"/> Diphtheria, tetanus, pertussis (DTaP, Tdap)	
<input type="checkbox"/> Haemophilus influenza type b (Hib)	
<input type="checkbox"/> Inactivated poliovirus (IPV)	
<input type="checkbox"/> Pneumococcal conjugate (PCV13) or polysaccharide (PPSV23)	
<input type="checkbox"/> Measles-mumps-rubella (MMR)	
<input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox)	

The physical condition of the above named student is such that vaccination would endanger his/her life or health or is medically contraindicated due to other medical conditions.

Physician or Advanced Practice Nurse Signature: _____ Date: _____

Under Colorado law, you have the option to exclude your child's/your information from CIIS. To opt out of CIIS, go to: www.colorado.gov/cdphe/ciis-opt-out-procedures. Please be advised that you will be responsible for maintaining your child's/your immunization records to ensure school compliance.