

La Norma de Inmunización de Vermont, adoptada de conformidad con 18 V.S.A. Sección 1123, se aplica a cualquier niño o estudiante que concurra a cualquier centro o guardería familiar, jardín de infantes público o independiente, escuelas primarias y secundarias. Si desea solicitar una exención **religiosa**, deberá **todos los años** completar, firmar y devolver a la guardería infantil o a la escuela el formulario correspondiente al año escolar en curso.

Se podrá excluir de la guardería infantil o de la escuela a los niños/estudiantes con exención de inmunización durante el curso de un brote de una enfermedad si se determina que dichos niños/estudiantes corren el riesgo de contraer esa enfermedad y transmitirla a otros niños/estudiantes. El período de exclusión de un niño/estudiante variará según la enfermedad y puede ser desde varios días a más de un mes.

Complete la siguiente información. Identifique la fila correspondiente al grado en que está inscrito el niño o estudiante y seleccione únicamente la(s) vacuna(s) de las que su hijo(a) está exento(a). Se encuentra prohibida cualquier alteración de este formulario.

Nombre y apellido del niño/estudiante

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Grado del año escolar 2024-25

Guardería infantil	<input type="checkbox"/> HepB (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> DTaP (Difteria, Tétanos, Tos ferina)	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> MMR (Sarampión, Paperas, Rubeola)	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> PCV (Neumocócica)	<input type="checkbox"/> Hib (Haemophilus influenzae tipo b)
K – 6° grado	<input type="checkbox"/> HepB (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> DTaP (Difteria, Tétanos, Tos ferina)	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> MMR Sarampión, Paperas, Rubeola	<input type="checkbox"/> Varicela		
7° - 12° grado	<input type="checkbox"/> HepB (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> Tdap (Tétanos, Difteria, Tos ferina)	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> MMR Sarampión, Paperas, Rubeola	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Meningocócica*	

*solo para estudiantes residenciales

Al firmar este formulario, declaro que tengo creencias religiosas opuestas a las inmunizaciones. Reconozco que he leído el [material educativo](#) basado en evidencias provisto por el Departamento de Salud de Vermont relacionado con las inmunizaciones, que incluye lo siguiente:

- Información sobre los riesgos de reacciones adversas a las inmunizaciones;
- Información de que el hecho de no completar el programa de vacunación requerido aumenta el riesgo para el niño y para los demás de contraer, portar o propagar una enfermedad infecciosa prevenible por vacunación; e
- Información de que existen personas con necesidades especiales de salud que concurren a escuelas y centros de guardería infantil que no pueden vacunarse o que tienen un riesgo más alto de contraer enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación, y para quienes esas enfermedades pueden ser mortales.

Nombre del padre o madre en letra de imprenta (o del estudiante si es mayor de 18 años)

Firma del padre o madre (o del estudiante si es mayor de 18 años)

_____/_____/_____
Fecha