



EXENCIÓN MÉDICA PARA VACUNAS

Formulario del Estado 54648-S (R3 / 8-26)

DEPARTAMENTO DE SALUD DE INDIANA, DIVISIÓN DE INMUNIZACIÓN

INSTRUCCIONES: 1. Este formulario está destinado a cualquier estudiante desde el kínder hasta el doceavo (12) grado que, por una contraindicación médica no pueda recibir una vacuna requerida para el ingreso escolar.
2. Complete y firme el formulario. Preséntelo a la escuela como prueba de exención de la inmunización.
3. Este formulario debe ser completado por un médico autorizado o un proveedor de atención médica.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (día, mes, año): _____

Nombre de padre o tutor: _____ Relación con el paciente: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Contraindicaciones generales para todas las vacunas (La vacuna **no** debe ser administrada).

Reacción alérgica severa (por ejemplo, la anafilaxia) después de una dosis previa de la vacuna o por un componente de la vacuna.

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Hepatitis A (Hep A) | ☐ Tétano, difteria (DT, Td) | ☐ Varicela (Var) |
| ☐ Hepatitis B (Hep B) | ☐ Vacuna antipoliomielítica inactiva (IPV) | ☐ Meningocócica conjugada (MCV4) |
| ☐ Difteria, tétano, tos ferina (DTaP, Tdap) | ☐ Sarampión, paperas, rubéola (MMR) | |

¿Qué vacuna o componente de la vacuna causó la reacción? _____

Tipo de reacción clínica y fecha (día, mes, año): _____

Contraindicaciones específicas de la vacuna (La vacuna **no** debe ser administrada).

DTaP o Tdap	☐ Encefalopatía (por ejemplo, coma, disminución del nivel de conciencia, convulsiones prolongadas) que no se puede atribuir a otra causa identificable dentro de los siete (7) días posteriores a la administración de la dosis previa de DTP o DTaP.
MMR	☐ Embarazo. Fecha estimada de parto: _____ (día, mes, año). ☐ Diagnóstico de inmunodeficiencia grave (por ejemplo, tumores hematológicos y sólidos; en tratamiento con quimioterapia; inmunodeficiencia congénita; tratamiento de inmunosupresor a largo plazo; o pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que presentan inmunodeficiencia grave).
Varicella	☐ Embarazo. Fecha estimada de parto: _____ (día, mes, año). ☐ Supresión sustancial de la inmunidad celular.

Precauciones específicas de la vacuna (La vacuna se puede administrar o posponer dependiendo del estado clínico del paciente).

DTaP o Tdap	☐ Síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés) dentro de las seis (6) semanas posteriores a la administración de una dosis de la vacuna contra el tétanos. ☐ Antecedentes de una reacción de hipersensibilidad tipo Arthus después una dosis previa de una vacuna que contenga toxoide antitetánico o diftérico: se recomienda posponer la vacunación hasta que hayan transcurrido al menos diez (10) años desde la dosis anterior. ☐ En un trastorno neurológico progresivo o inestable, convulsiones no controladas o encefalopatía progresiva: es recomendado posponer la vacunación con DTaP o Tdap hasta que se haya establecido un régimen de tratamiento y la condición se haya estabilizado.
MMR	☐ Reciente transfusión sanguínea con anticuerpos en los últimos once (11) meses (el intervalo dependerá del producto sanguíneo). ☐ Antecedentes de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica.

DTaP o Tdap

- ☐ Reciente transfusión sanguínea con anticuerpos en los últimos once (11) meses (el intervalo dependerá del producto sanguíneo).
- ☐ La administración de antivirales específicos (por ejemplo, aciclovir, famciclovir o valaciclovir) dentro de las veinticuatro (24) horas previas a la vacunación; si es posible, evitar el uso de estos medicamentos antivirales durante catorce (14) días después de la vacunación.

Otra contraindicación médica (Debe enumerar cada vacuna y sus contraindicaciones individualmente: continúe en la parte de atrás si es necesario).

Vacuna	Contraindicación específica

Por favor indique la duración de la exención médica y si es posible, cuándo se puede administrar la vacuna de forma segura.
(La exención puede durar un máximo de un (1) año, y cada año se debe completar un nuevo formulario si la exención médica continúa vigente).

- ☐ El permiso de la exención médica es permanente y será efectivo por un (1) año a partir de la fecha de hoy.
- ☐ El permiso de la exención médica es temporal (<1 a un año) y la decisión está prevista para _____ (día, mes, año)
- ☐ El permiso de la exención médica es por el embarazo, y la fecha estimada de parto, es _____ (día, mes, año)

Nombre del médico: _____

Número de licencia médica: _____

Dirección del consultorio o clínica: _____

Número de teléfono: _____

Firma del médico: _____

Fecha (día, mes, año): _____