

## Forma de Exención para Vacunación Instrucciones

### Quién puede utilizar la Forma de Exención para Vacunación:

- Individuos solicitando una exención para vacunación por motivos religiosos o médicos pueden utilizar esta forma.
- **Esta forma puede ser utilizada para todos los niños con una exención asistiendo a cualquier escuela pública, privada o parroquial, kindergarten, escuela elemental, secundaria o en el hogar y por niños asistiendo a guarderías o facilidades del cuidado infantil.**
- Esta forma no puede ser utilizada para exención de vacunación por razones personales o filosóficas, las leyes de Nuevo México no permiten dicha exención. (Por favor vea Ley de Nuevo México 24-5-3 al final de esta página.)

### Cómo Completar la Forma de Exención para Vacunación:

- Llene **todas** las líneas en blanco y casillas para marcar, incluyendo las opciones religiosas o médicas.
- Para las exenciones médicas, adjunte una carta de su doctor debidamente autorizado a esta forma.
- Para las exenciones religiosas utilizando un affidavit, por favor adjunte el affidavit a esta forma.
- Para las exenciones religiosas utilizando una afirmación escrita, por favor utilice el espacio ofrecido en esta forma.
- La forma tiene que estar firmada por un notario público.
- Envíe la forma por correo al Departamento de Salud de Nuevo México a la dirección mostrada en la forma. Usted puede someter también su forma en el buzón designado en el Departamento de Salud de Nuevo México (Edificio Runnels).

### Procesamiento de la Forma de Exención para Vacunación del Departamento de Salud:

- El Departamento de Salud tiene 60 días desde que recibieron la Forma Certificada de Exención para aprobar o denegar la solicitud (vea NMAC 7.5.3 debajo). Asegúrese que el Departamento de Salud recibe la forma por lo menos 60 días antes de que su niño comience clases.
- Después de aprobarse, el Departamento de Salud le enviará una copia de la forma aprobada. El Padre/Madre/Tutor tiene que llevar una copia de la forma aprobada a la escuela, guardería o lugar de cuidado del niño.
- Si su solicitud no es aprobada, usted recibirá una carta del Departamento de Salud diciéndole que su solicitud fue denegada. Usted también recibirá información sobre cómo solicitar una reunión con el Departamento de Salud en caso de que quiera protestar la decisión.

#### Ley de Exención de Vacunación de Nuevo México (24-5-3):

Cualquier niño menor, a través de sus padres o tutor puede declarar con la autoridad de salud a cargo de imponer las leyes de vacunación:

- (1) Un certificado de un médico debidamente autorizado declarando que la condición física del niño es tal que la vacunación pondría en peligro la vida o salud del niño; o
- (2) Affidavit o afirmación escrita de un oficial en una denominación religiosa reconocida en la que los padres o tutores del niño son miembros confiables de una denominación en la que sus enseñanzas dependen únicamente de la oración o medios espirituales para sanidad;
- (3) Affidavit o afirmación escrita de los padres o tutor legal del niño declarando que sus creencias religiosas, llevadas solamente por ellos o con otros, no le permiten la administración de una vacuna u otro agente inmunizante.

NMAC 7.5.3: "Dentro de sesenta (60) días de haber recibido la solicitud para la exención para vacunación, el director de la división de salud pública o la persona designada evaluará la solicitud para determinar si la forma certificada ha sido debidamente completada."

Para cualquier pregunta sobre cómo completar la forma, por favor llame al (833) 882-6454 o (505) 827-2356

**CERTIFICADO DE EXENCIÓN  
DE LOS REQUISITOS DE VACUNACIÓN ESCOLAR/GUARDERÍAS**



Por favor Escriba Claro, Completar Todos los Secciones, Usar SOLAMENTE LETRAS MAYÚSCULAS

**Información del Padre/Guardián**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Postal \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_  
 Correo Electronica \_\_\_\_\_

**Información del Niño y Escuela**

Nombre del Niño \_\_\_\_\_  
 Nombre del Escuela \_\_\_\_\_  
 Dirección de la Escuela \_\_\_\_\_  
 Ciudad de la Escuela \_\_\_\_\_  
 Estado de la Escuela \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 FDN del Niño \_\_\_\_\_ Grado del Niño \_\_\_\_\_  
 m m d d a a a a

**Género** (según lo especificado en el certificado de nacimiento)

Masculino  Femenino

**Etnicidad**

Hispano  No Hispano

**Raza**

Nativo Americano  Asiático  Negro  Blanco  Otra

**Me niego a que mi niño reciba lo siguiente:**

- Difteria  Sarampión  Tos ferina  Tétanos  
 Hepatitis A  Paperas  Neumococo  Varicela (Chicken Pox)  
 Hepatitis B  Meningococo  Polio  
 Hib - Haemophilus influenza tipo B  Rubéola

**Solicito que el período de 9 meses de la exención comience el:**

\_\_\_\_\_

m m d d a a a a

Envíe original a:  
**NM Immunization Program**  
 1190 St. Francis/ Runnels  
 S-1250 PO Box 26110  
 Santa Fe, NM 87502-6110

**Instrucciones**

Por favor completar esta forma. Marque en encasillado que corresponde a su solicitud e incluya la información requerida. Luego en la presencia de un Notario Público, firme y feche esta certificación y notarice. ES LA RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES/ GUARDIÁN ASEGURARSE QUE UNA COPIA CERTIFICADA ES ARCHIVADA EN LA ESCUELA DEL NIÑO.

**Solicito una exención para los requisitos de vacunación de acuerdo con:**

- NMAC 7.5.3.8 A.1, y que adjunto un affidavit o certificado de una medico debidamente autorizado dando fe que cualquiera de las vacunas requeridas puede pone ren peligro la vida o salud de mi niño.  
 NMAC 7.5.3.8 A.2, y que adjunto un affidavit o afirmación escrita de un oficial de mi denominación declarando que soy miembro auténtico de una denominación religiosa reconocida la cual depende únicamente de la oración o medios espirituales para sanidad.  
 NMAC 7.5.3.8 A.3, y que por lo tanto certifico mediante **la afirmación escrita debajo, o affidavit adjunto**, que mis creencias religiosas, llevadas pro mi persona o en conjunto con otros, no permiten la administración de vacunas u otros agentes inmunizantes.

ENTIENDO QUE ESTA SOLICITUD ESTÁ SUJETA A LA APROBACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE NUEVO MÉXICO. HE LEÍDO LAS "REGULACIONES DE VACUNACIÓN OBLIGATORIAS" Y ENTIENDO LOS RIESGOS DE NO VACUNAR A MI NIÑO. ENTIENDO QUE SI ESTE CERTIFICADO, ES APROBADO, ES VÁLIDO POR UN PERÍODO QUE NO EXCEDE NUEVE MESES Y EXPIRará DESPUÉS DE ESA FECHA. SI DESEO SOLICITAR OTRA EXENCIÓN DESPUÉS DEL PERÍODO DE NUEVO MESES, TENGO QUE COMPLETAR OTRO CERTIFICADO DE EXENCIÓN Y BUSCAR APROBACIÓN.

TAMBIÉN ENTIENDO QUE, SI OCURRE CUALQUIER ENFERMEDAD CONTAGIOSA O SI OCURRE EN LA ESCUELA DE MI NIÑO, EL DEPARTAMENTO DE SALUD PODRÍA SOLICITAR LA EXCLUSIÓN DE LAS PERSONAS INFECTADAS Y NO VACUNADAS (7.4.3.9 NMAC -Rp, 7 NMAC 4.3.9, 15/8/2003).

**Sello del Notario**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo juro que todas las declaraciones anticipadas son verdaderas a mi mayor juicio, informacion creencias.

Nombre del padre/tutor (escribe claro) \_\_\_\_\_

Firma del padre/ guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**NOTARIO**

Suscribe y firma delante de mí \_\_\_\_\_ dia \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Mi comisariado expira : \_\_\_\_\_

Solamente DOH:

NO APROBADO

APROBADO COMIENZA EN

\_\_\_\_\_

m m d d a a a a

\_\_\_\_\_

m m d d a a a a