

**REQUEST FOR EXEMPTION TO IMMUNIZATION  
SCHOOLS (Kindergarten – 12<sup>th</sup> Grade)**

The Arizona Department of Health Services strongly encourages parents to have their children fully immunized to protect not only their children but also other family members, friends, schoolmates, neighbors, and other people in the community. However, if you wish for your child to be exempt from the immunization requirements, this form must be completed, signed and returned to the school. By state law, (A.R.S.§15-873) your child will not be allowed to attend school until either a record of immunization or this exemption statement is submitted. Please indicate below the type of exemption requested and complete all required information. **In the event that the county health department declares an outbreak of a vaccine preventable disease for which you cannot provide proof of immunity for your child, your child will not be allowed to attend school until the risk period ends.**

**MEDICAL REASONS** - If the immunization would be a health risk to the child because of pre-existing medical conditions, you must sign the statement below *along with your physician's or nurse practitioner's signature*. Your physician or nurse practitioner must state the reason for the medical exemption. The exemption may be for one or more vaccines, and may be either permanent or temporary. If the condition is temporary, the date of its end must be given, at which time the child must receive any necessary vaccine doses.

**PERSONAL BELIEFS** - If immunizations are against your personal beliefs, you must sign below to exempt your child from the requirements.

**LABORATORY EVIDENCE** - If your child has previously had a vaccine preventable disease, immunization against that disease is not required if laboratory evidence of immunity signed by a physician or nurse practitioner can be provided. *Copies of lab results must accompany this request.*

**COMPLETE AND RETURN THIS FORM TO YOUR CHILD'S SCHOOL**

I request an exemption for my child from the required vaccines listed below. I understand the risks and possible outcomes of this decision. I am aware that the disease(s) may result in serious illness, disability or death. I am aware that additional information about immunizations is available from the county health department, the state health department, and from [www.immunize.org](http://www.immunize.org).

Child's Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
(month, day, year)

Type of exemption requested: (Mark one)	For the following vaccines: (Mark all that apply)
<input type="checkbox"/> Medical** (See below)	<input type="checkbox"/> Diphtheria <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Pertussis
<input type="checkbox"/> Personal Beliefs	<input type="checkbox"/> Measles <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Rubella
<input type="checkbox"/> Laboratory Evidence	<input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Varicella
	<input type="checkbox"/> Meningococcal

\*\* If a medical exemption is marked, complete the following:

Reason for medical exemption: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Length of exemption: Permanent \_\_\_\_\_ Temporary until \_\_\_\_\_

**Required Signatures:** A parent or guardian must sign all requests. A physician or nurse practitioner must also sign any requests for medical or laboratory evidence exemptions:

\_\_\_\_\_  
Parent or Guardian

\_\_\_\_\_  
Physician (MD or DO) or Nurse Practitioner

\_\_\_\_\_  
Printed Name

\_\_\_\_\_  
Printed Name

\_\_\_\_\_  
Date: month, day, year

\_\_\_\_\_  
Date: month, day, year

## SOLICITUD DE EXENCION DE INMUNIZACION PARA ESCUELAS (Kindergarten - 12° grado)

El Departamento de Servicios de Salud de Arizona aconseja que padres les pongan todas las vacunas necesarias a sus niños para protegerlos a ellos y su comunidad. Si Ud. quiere que a su hijo se le exente de los requisitos de inmunización, es necesario rellenar, firmar, y devolver a la escuela esta solicitud. Según la ley estatal (A.R.S. §15-873) a su hijo no se le permitirá asistir a la escuela sin haber presentado su libro de vacunas o esta solicitud de exención. Favor de indicar abajo la clase de exención que Ud. pide y rellene la información necesaria. **En el caso de que el departamento de salud del condado declare un brote de una enfermedad que se podría prevenir con vacuna, si Ud. no puede presentar prueba de inmunidad para su hijo no se le permitirá asistir a la escuela hasta que pase el período de riesgo.**

**MOTIVOS MEDICOS** - Si vacunarse sería un riesgo a la salud de su hijo a causa de un problema médico ya existente, ambos Ud. y el médico o la enfermera practicante deben firmar la declaración que se encuentra abajo. El médico o la enfermera practicante tiene que afirmar el motivo de la exención. Se puede exentar de una o más vacunas y cada exención puede ser o temporal o permanente. Si el problema médico es temporal, se debe indicar la fecha esperada de su final. Es a partir de esta fecha que será obligatorio vacunarle a su hijo.

**CREENCIAS PERSONALES** - Si vacunarse va en contra de creencias personales que tiene Ud., hay que firmar la declaración abajo para exentar a su hijo de las vacunas requeridas.

**PRUEBA DE LABORATORIO** - Si su hijo ya ha sufrido de una de las enfermedades contra las que se suele vacunar, no es necesario que se le vacune contra esa enfermedad siempre que Ud. pueda presentar prueba de inmunidad que procede de un laboratorio, firmada por el médico o la enfermera practicante. *Copias de los resultados del laboratorio tienen que acompañar esta solicitud.*

### **FAVOR DE RELLENAR Y DEVOLVER ESTA SOLICITUD A LA ESCUELA DE SU HIJO**

Solicito una exención para mi niño de los requisitos de inmunización de las enfermedades indicadas abajo. Entiendo los posibles riesgos y consecuencias de esta decisión. Estoy enterado de que las enfermedades pueden resultar en enfermedades serias, la incapacidad, o la muerte. Entiendo que se puede encontrar más información acerca de vacunas del departamento de salud del condado, del departamento de salud del estado, y de [www.immunize.org](http://www.immunize.org).

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(mes , día, año)

La clase de exención que se pide:  
(Marque uno)

Para las vacunas siguientes:  
(Marque todas que corresponden)

Motivo médico\*\* (Véase abajo)  
 Creencias personales  
 Prueba de laboratorio

<input type="checkbox"/> Difteria	<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> Tos ferina
<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Rubéola
<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Varicela
<input type="checkbox"/> Meningocócica		

\*\* Si Ud. declara exención por motivo médico, rellene lo siguiente:

Motivo de la exención: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Duración de la exención: Permanente: \_\_\_\_\_ Temporal hasta: \_\_\_\_\_

**Firmas necesarias:** Se requiere que un padre, una madre, o un tutor firme esta solicitud. También es necesaria la firma del médico o de la enfermera practicante.

\_\_\_\_\_  
Padre, madre, o tutor

\_\_\_\_\_  
Médico (MD o DO) o enfermera practicante

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito en letras de imprenta

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito en letras de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha: mes, día, año

\_\_\_\_\_  
Fecha: mes, día, año