Wyoming Department of Health

Exención médica para las vacunas escolares obligatorias

El padre o tutor legal debe firmar esta solicitud en presencia de un notario público. Se debe adjuntar una declaración de un médico autorizado, en la cual explique la razón de la exención médica. Tome nota: Debe enviar una solicitud por niño. Para obtener información adicional, comuníquese con la oficina de enfermería de salud pública local del condado o llame a la Sección de Vacunas al (307) 777-7952. Después de llenar esta solicitud, envíe el formulario original lleno a la oficina de enfermería de salud pública local del condado o envíela por correo a: Wyoming Department of Health, 6101 Yellowstone Road, Suite 420, Cheyenne, WY 82002, Attn: Immunization Exemptions. **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE, A MENOS QUE SE SOLICITE UNA FIRMA.**

Nombre del estudiante: _____ Sexo: Masculino ☐ Femenino

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento ____/____/____ Escuela a la que asiste el estudiante: _____

MM DD AAAA Nombre

Dirección postal de la escuela: _____

Nombre del padre o tutor legal: _____

Dirección postal: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: (_____)_____ (_____)_____

Código de área Teléfono de casa Código de área Teléfono alterno

Yo, _____ (nombre del padre o tutor legal), solicito una exención médica del estatuto (W.S. § 21-4-309) para la vacunación escolar obligatoria de _____ (nombre del estudiante), con base en las razones médicas que se indican en la declaración del médico que se adjunta.

Enumere las vacunas específicas que se deben eximir: _____

_____ _____

Firma del padre o tutor legal
Debe firmar en presencia de un notario público

Fecha de firma

RECONOCIMIENTO NOTARIAL

Estado de _____ Condado de _____

A los _____ días de _____ de 20 _____ ,

En fe de lo cual, firmo y coloco mi sello oficial.

Colocar el sello o estampilla abajo

_____

Firma del notario público

Mi autorización vence el _____

Fecha de vencimiento

SÓLO PARA USO DEL FUNCIONARIO DE SALUD DEL CONDADO O DEL ESTADO

Vacunas exentas: _____

_____ _____

Firma del funcionario de salud del condado o del estado

Fecha

Revisado 7/2010