



# Wyoming Department of Health

## Exención religiosa para las vacunas escolares obligatorias

El padre o tutor legal debe firmar esta solicitud en presencia de un notario público. 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
Primer nombre
Inicial 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 religiosa del estatuto (W.S. § 21-4-309) para la vacunación escolar obligatoria de \_\_\_\_\_ (nombre del estudiante), con base en las creencias religiosas en contra de las vacunas.

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 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_,

Colocar el sello o estampilla  
abajo

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

\_\_\_\_\_  
 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