



Universidades/Colegios – Certificado de Excepción Médica de Vacunas

Solo para el uso en Colegios Comunitarios y Universidades Estatales

Programa de vacunación estatal de Nevada • 4150 Technology Way Suite 210 • Carson City, NV 89706 <http://dpbh.nv.gov/Programs/Immunizations/> • (775) 684-5900 • nviz@health.nv.gov

Instrucciones para completar un Certificado de Excepción Médica de Vacunas

Sección 1: Ingrese la información de la universidad y del/de la estudiante.

Sección 2: Solo para el uso del proveedor de servicios de salud. Incluya el nombre, dirección, contraindicación(es) de vacuna, firma y fecha.

Sección 3: Solo para el uso de la universidad: Obtenga las firmas de la universidad y fecha.

| Sección 1: Información de la universidad y del/de la estudiante | | | | |
|--|----------------|---------------------|---------------|----------|
| Nombre de la universidad (que acepta la excepción) | Calle y número | Ciudad | Código Postal | Teléfono |
| Nombre del/de la estudiante: | | Fecha de nacimiento | NSHE ID# | |
| Calle y número | | Ciudad | Código Postal | Teléfono |
| Sección 2: Solo para el uso del Proveedor de servicios de salud - Incluya el nombre, dirección, contraindicación(es) de vacuna, firma y fecha. | | | | |
| Nombre del Proveedor de servicios de salud | Calle y número | Ciudad | Código Postal | Teléfono |

1. Certifico que debido a una contraindicación (o contraindicaciones) el/la estudiante mencionado/a anteriormente está exento/a de recibir la(s) vacuna(s) requerida(a).
2. La contraindicación (o contraindicaciones) marcada a continuación es en conformidad con las directrices del Comité Asesor de Prácticas para Vacunas (ACIP), las directrices de la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP), o de las instrucciones incluidas en el paquete de la vacuna. (Marque lo que corresponda)

COVID-19

| Contraindicaciones permanentes |
|--|
| <input type="checkbox"/> Reacción alérgica severa (por ejemplo: anafilaxis) después de una dosis previa de la vacuna <input type="checkbox"/> (general para todas las vacunas) <input type="checkbox"/> Otra _ |

El padre o madre/estudiante han sido informados que si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacuna, el/la estudiante exento/a podría ser excluido del colegio comunitario/universidad estatal por el jefe administrativo del colegio comunitario/universidad estatal por un periodo de tiempo determinado por la División de Salud Pública y del Comportamiento de Nevada con base en el análisis de cada caso en particular o del riesgo a la salud pública.

 Firma del doctor, doctor en osteopatía, enfermero practicante registrado con licencia Número de licencia Fecha
 Solo un médico, doctor en osteopatía o enfermero practicante registrado con licencia puede firmar, a menos que represente a una clínica tribal o designado.

| Sección 3: Solo para uso oficial del colegio/universidad: por favor, incluya la fecha y firmas | |
|--|----------------|
| _____ Firma del funcionario de matriculación o designado | _____ Fecha |
| Es responsabilidad del jefe administrativo de la universidad asegurar el cumplimiento con las reglas. El jefe administrativo de la universidad deberá excluir a estudiantes que no hayan recibido el número mínimo de vacunas requeridas y que no estén exentos en conformidad con las reglas. | |