



# Universidades – Certificado de Excepción Médica de Vacunas

Solo para el uso en universidades

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](mailto: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)

MenACWY    MMR    Td/Tdap    COVID-19

Contraindicaciones permanentes	Contraindicaciones temporales hasta (fecha)
<input type="checkbox"/> Reacción alérgica severa (por ejemplo: anafilaxis) después de una dosis previa de la vacuna (general para todas las vacunas) <input type="checkbox"/> Reacción alérgica severa (por ejemplo: anafilaxis) a un componente de la vacuna (general para todas las vacunas) <input type="checkbox"/> Encefalopatía previa no atribuible a otra causa identificable dentro de un plazo de 7 días después de la administración de la dosis previa de DTaP/DTP/Tdap <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos progresivos después de DTaP/DTP <input type="checkbox"/> Vacuna MMR contraindicada debido a inmunodeficiencia, debido a cualquier causa <input type="checkbox"/> Vacuna de varicela contraindicada con supresión sustancial de inmunidad celular <input type="checkbox"/> Otra _	<input type="checkbox"/> Reciente administración de un producto de sangre que contiene un anticuerpo (MMR, Varicela) <input type="checkbox"/> La estudiante está embarazada (MMR, Varicela) Trombocitopenia/Trombocitopenia púrpura - actual o en el historial (MMR) Otra _
	Precauciones
	<b>Cualquiera de las condiciones siguientes después de una dosis previa de DTP o DTaP:</b> <input type="checkbox"/> Desorden neurológico - Inestable o en evolución <input type="checkbox"/> Fiebre superior a los 105° F (40.5 ° C) sin explicación por otra causa (en un plazo de 48 horas) Convulsión en un plazo 72 horas <input type="checkbox"/> Llanto persistente e inconsolable por más de 3 horas (en un plazo 48 horas) Colapso o estado de shock (en un plazo 48 horas) <input type="checkbox"/> Síndrome Guillain-Barré (en un plazo 6 semanas)
	<b>Otras precauciones para las vacunas requeridas:</b>
Precauciones para DTaP, DT, Td, Tdap	
Historial de hipersensibilidad tipo arthus, diferir la vacuna toxoide contra el tétanos por lo menos por 10 años	

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

\_\_\_\_\_  
Número de licencia

\_\_\_\_\_  
Fecha

**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.