

ESCUELAS DE LA CIUDAD DE BRYAN

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE INMUNIZACIÓN MÉDICA, RELIGIOSA O FILOSÓFICA

Los siguientes extractos se refieren al Proyecto de Ley Senatorial Sustituto Enmendado N. 282 y al Código Revisado de Ohio, Secciones 3313.67 y 3313.671.

Sec 3313.671, par (3): Un alumno que presenta una declaración escrita de su padre o tutor en la que el padre o tutor se opone a la vacunación por una buena causa, incluidas las convicciones religiosas, no está obligado a estar vacunado.

Sec 3313.671, par (4): Un niño cuyo médico certifica por escrito que dicha vacuna contra cualquier enfermedad está médicamente contraindicada no está obligado a ser vacunado contra esa enfermedad.

Esto no limita ni perjudica el derecho de la junta directiva de una ciudad, aldea exenta o distrito escolar local a elaborar y hacer cumplir normas para garantizar la inmunización contra la hepatitis B, la poliomielitis, sarampión, paperas, rubéola, varicela, meningococo, difteria, tos ferina y tétanos de los alumnos bajo jurisdicción. Además, entiendo que durante el curso de un brote de cualquiera de las enfermedades prevenibles con vacunas mencionadas a continuación, el estudiante nombrado aquí está sujeto a exclusión de la escuela durante la duración del brote.

Esta acción es necesaria no sólo para proteger a este estudiante, sino al resto de los estudiantes y profesores de la escuela. Por la presente me opongo y solicito a la escuela que renuncie a la(s) vacuna(s) de mi hijo contra lo siguiente (marque todas las que correspondan):

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> DTAP/TDAP | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> POLIO | <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> Meningococo (MCV4) |

| | |
|--|--|
| Nombre del estudiante y fecha de nacimiento | |
| Firma del Padre / Tutor | |
| Fecha | |

Por favor indica el motivo (obligatorio): si seleccionas Médico entonces debe ser completado por un proveedor de atención médica

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Religioso | <input type="checkbox"/> Buena causa | <input type="checkbox"/> Médico |
|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|

| | |
|--|--|
| Motivo médico (debe ser completado por un médico, si se selecciona un médico) | |
| | |
| Firma del médico | |
| Fecha | |

Complete, imprima, incluya firmas y devuélvelo a la escuela de su hijo.