

EXENCIÓN MÉDICA DE VACUNAS

Formulario estatal 54648 (4-11) - Departamento de Salud del Estado de Indiana, División de Inmunización

INSTRUCCIONES: 1. Este formulario es para cualquier niño/a en los grados K-12 que no pueda recibir una vacuna requerida para ingresar a la escuela debido a una contraindicación médica. 2. Complete y firme el formulario. Preséntelo a la escuela como comprobante de exención de la inmunización requerida.

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento (mes/día/año):

Nombre del padre/madre/tutor:

Relación:

Dirección:

Ciudad:

Código postal:

Número de teléfono:

Contraindicaciones generales para todas las vacunas (No se debe administrar la vacuna.)

Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa de vacuna o a un componente de la vacuna.

☐ Hepatitis B (Hep B)

☐ Poliovirus inactivado (IPV)

☐ Meningocócica conjugada (MCV4) o polisacárida (MPSV4)

☐ Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP, Tdap)

☐ Sarampión, paperas, rubéola (MMR)

☐ Tétanos, difteria (DT, Td)

☐ Varicela (Var)

¿Qué vacuna o componente de la vacuna causó la reacción?

Tipo de reacción clínica y fecha (mes, día, año):

Contraindicaciones específicas de las vacunas

DTaP o Tdap: ☐ Encefalopatía (p. ej., coma, disminución del nivel de conciencia, convulsiones prolongadas) no atribuible a otra causa identificable dentro de los siete (7) días posteriores a una dosis previa de DTP o DTaP.

MMR: ☐ Embarazo - Fecha estimada de parto (EDC): ☐ Inmunodeficiencia grave conocida (p. ej., tumores hematológicos o sólidos; quimioterapia; inmunodeficiencia congénita; terapia inmunosupresora prolongada; o pacientes con infección por VIH gravemente inmunocomprometidos).

Varicela: ☐ Embarazo - EDC: ☐ Supresión sustancial de la inmunidad celular.

Precauciones específicas de las vacunas (La vacuna puede administrarse o posponerse según la situación clínica.)

DTaP o Tdap: ☐ Síndrome de Guillain-Barré (GBS) dentro de seis (6) semanas después de una dosis previa de vacuna con tétanos. ☐ Antecedente de reacción de hipersensibilidad tipo Arthus después de una dosis previa de vacuna con toxoide tetánico y/o diftérico: diferir hasta que hayan transcurrido al menos diez (10) años. ☐ Trastorno neurológico progresivo o inestable, convulsiones no controladas o encefalopatía progresiva: diferir hasta establecer tratamiento y estabilizar la condición.

DTaP: ☐ Temperatura $\geq 105^{\circ}\text{F}$ ($\geq 40.5^{\circ}\text{C}$) dentro de 48 horas después de una dosis previa. ☐ Estado de colapso o similar al shock dentro de 48 horas. ☐ Convulsión dentro de 3 días. ☐ Llanto persistente e inconsolable durante 3 horas o más dentro de 48 horas.

MMR: ☐ Recepción reciente (dentro de 11 meses) de un producto sanguíneo con anticuerpos. ☐ Antecedente de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica.

Varicela: ☐ Recepción reciente (dentro de 11 meses) de un producto sanguíneo con anticuerpos. ☐ Recepción de antivirales específicos (aciclovir, famciclovir o valaciclovir) 24 horas antes de la vacunación; si es posible, retrasar su reanudación durante 14 días después de la vacunación.

Otra contraindicación médica (Debe enumerar individualmente la(s) vacuna(s) y la(s) contraindicación(es); continúe al reverso si es necesario.)

Vaksen / Vacuna	Kontrendikasyon espesifik / Contraindicación específica

Indique la duración de la exención médica y si/cuándo la vacuna puede administrarse de forma segura. (La exención puede durar como máximo un (1) año; debe completarse un nuevo formulario anualmente si la exención médica aún aplica.)

☐ La exención médica es permanente y se aplicará por un (1) año a partir de la fecha de hoy.

☐ La exención médica es temporal (<1 año) y se prevé su resolución para:

☐ La exención médica es por embarazo y la fecha estimada de parto (EDC) es:

Nombre del médico:

Número de licencia del médico:

Dirección del consultorio:

Teléfono:

Firma del médico:

Fecha (mes, día, año):