

Instrucciones para el formulario de certificado de exención

Quién puede utilizar el formulario de exención de la vacunación:

- Los estudiantes que soliciten una exención religiosa o médica a la vacunación pueden utilizar este formulario. (Debe tener entre 0 y 18 años de edad o ser un estudiante entre la guardería y el 12º grado)
- Este formulario puede ser utilizado para todos los niños con una exención que asistan a cualquier centro preescolar, kindergarten, escuela primaria, secundaria o escuela domiciliaria pública, privada o parroquial, y para los niños que asistan a guarderías o centros de atención infantil.
- Este formulario no puede ser utilizado para la exención de la inmunización por razones personales o filosóficas. La ley de Nuevo México no permite tal exención. (Por favor, consulte NMSA 24-5-3 al final de la página).

Cómo llenar el formulario de exención de vacunación:

- El formulario debe ser completado y presentado por el padre o tutor en nombre del niño.
- Llene **todas** las líneas en blanco y las casillas de marcado, incluyendo las opciones religiosas o médicas.
- Para las exenciones médicas, adjunte a este formulario la carta de su médico autorizado, un médico asistente, o un practicante de enfermería certificado.
- Para las exenciones religiosas mediante declaración jurada, adjunte la declaración jurada a este formulario.
- Para las exenciones religiosas que utilizan una afirmación escrita, utilice el espacio proporcionado en el formulario.
- El formulario debe ser firmado y fechado por el padre/tutor ante un notario, y también debe ser firmado y fechado por el notario en la misma fecha.
- Envíe el formulario por correo al Departamento de Salud de Nuevo México a 1190 St. Francis Drive, Suite S-1250/PO Box 26110, Santa Fe, NM 87502-6110. También puede presentar su formulario en un buzón en el Departamento de Salud en Santa Fe, NM (Edificio Harold Runnels).

Procesamiento del Formulario de Exención para Vacunación del Departamento de Salud:

- El Departamento de Salud tiene 60 días a partir de la recepción del formulario de certificado de exención para aprobar o no la solicitud (véase 7.5.3 NMAC más abajo). Para el próximo año escolar, las formas pueden ser sometidas siempre y cuando el año escolar sea parte del año por calendario (p.ej. las formas para el año escolar 2025-26 se comenzarán a aceptar en enero de 2025).
- Después de aprobarse, el Departamento de Salud le enviará una copia del formulario aprobado. **El Padre/Madre/Tutor tiene que llevar una copia de la forma aprobada a la escuela, guardería o lugar de cuidado del niño.**
- Si su solicitud no es aprobada, recibirá una carta del Departamento de Salud con los motivos de la desaprobación. Entonces podrá volver a presentar su solicitud con los cambios necesarios.

Ley de Exención de Vacunación de Nuevo México (NMSA 24-5-3):

Cualquier niño menor de edad, a través de sus padres o tutores, puede presentar una solicitud ante la autoridad de salud encargada de velar por el cumplimiento de las leyes de vacunación:

- (1) Un certificado de un médico autorizado, un médico asistente, o un practicante de enfermería certificado que indique que el estado físico del niño es tal que la vacunación pondría en grave peligro su vida o su salud; o
- (2) Una declaración jurada o afirmación escrita de un funcionario de una denominación religiosa reconocida de que los padres o tutores de dicho niño son miembros de buena fe de una denominación cuyas enseñanzas religiosas requieren la confianza en la oración o en medios espirituales únicamente para la curación;
- (3) Declaraciones juradas o afirmación escrita de padre, madre o tutor legal del niño de que las creencias religiosas del padre, madre, o tutor legal, ya sea individual o conjunto con otras personas, no permiten la administración de vacunas u otros agentes inmunizantes.

7.5.3.8(C) NMAC: "En un plazo de sesenta (60) días a partir de la recepción de una solicitud de exención de inmunización, el director de la división de salud pública o la persona designada revisará la solicitud para determinar si el certificado ha sido debidamente llenado".

Si tiene alguna duda sobre cómo llenar el formulario, por favor llame al (833) 882-6454



CERTIFICADO DE EXCENCIÓN

PARA REQUISITOS DE VACUNACIÓN DE LA ESCUELA/GUARDERÍA

Por favor, escriba claramente, llene todos las casillas, use sólo letras mayúsculas ¡Debe poder leerse!



Información del padre/tutor

Nombre		
Dirección		
Postal		
Ciudad		
Estado	Código Postal	
Teléfono		
Correo electrónico		

Información sobre el niño y la escuela

Nombre del Niño		
Apellidos del Niño		Inicial del segundo nombre
Nombre de la Escuela		
Distrito escolar		
Dirección/Ciudad de la Escuela		
Fecha de nacimiento del niño		

m m d d a a a a Calificación del niño

Género

☐ Masculino ☐ Femenino

Etnicidad

☐ Hispano ☐ No Hispano

Raza

☐ Nativo Americano ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Otra

Me niego a que mi hijo reciba lo siguiente:

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> TODAS LAS VACUNAS REQUERIDAS | <input type="radio"/> Hepatitis A | <input type="radio"/> Neumococo |
| <input type="radio"/> Paperas | <input type="radio"/> Hepatitis B | <input type="radio"/> Meningococo |
| <input type="radio"/> Sarampión | <input type="radio"/> Tétano | <input type="radio"/> Varicela |
| <input type="radio"/> Rubéola | <input type="radio"/> Tos ferina | <input type="radio"/> Hib -Influenza Haemophilus tipo B |

Fecha de Comienzo de la Excepción
(válida por un año)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

m m d d a a a a

Envíe el formulario original a:
NM Immunization Program 1190
St. Francis Drive, Suite-1250
PO Box 26110
Santa Fe, NM 87502-6110

Instrucciones

Marque la casilla que corresponda a su solicitud de exención e incluya la información requerida información requerida y/o declaración jurada adjunta. Luego, en presencia de un notario público, firme y feche este certificado y hágalo certificar por un notario. ES RESPONSABILIDAD DEL PADRE/TUTOR ASEGURARSE DE QUE UNA COPIA APROBADA DE ESTE CERTIFICADO DE EXENCIÓN SEA ARCHIVADA EN LA ESCUELA DEL NIÑO.

Solicito la exención de los requisitos de vacunación de acuerdo con:

- ☐ 7.5.3.8(A)(1) NMAC. Adjunte **una declaración jurada o un certificado de un médico colegiado, asistente médico o enfermero practicante certificado que acredite** que cualquiera de las vacunas requeridas podría poner en grave peligro la vida o la salud de su hijo.
- ☐ 7.5.3.8(A)(2) NMAC. Adjunte **una declaración jurada o una afirmación escrita de un funcionario de una denominación religiosa** reconocida que indique que los padres o tutores son miembros legítimos de una denominación religiosa reconocida cuya enseñanza religiosa exige la oración o medios espirituales únicamente para la sanación.
- ☐ 7.5.3.8(A)(3) NMAC. Escriba una afirmación en el espacio provisto a continuación, o en una declaración jurada adjunta, de que sus creencias religiosas, ya sea individual o en conjunto con otras personas, no permiten la administración de vacunas ni de ningún otro agente inmunizante.

ENTIENDO QUE ESTA SOLICITUD ESTÁ SUJETA A LA APROBACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE NUEVO MÉXICO. HE LEÍDO EL "REGLAMENTO DE VACUNACIÓN OBLIGATORIA" Y ENTIENDO EL RIESGO DE NO VACUNAR A MI HIJO. ENTIENDO QUE ESTE CERTIFICADO, SI SE APRUEBA, ES VÁLIDO POR UN PERÍODO NO SUPERIOR A DOCE MESES Y EXPIRará A PARTIR DE ENTONCES. SI DESEO SOLICITAR OTRA EXENCIÓN DESPUÉS DEL PERÍODO DE DOCE MESES, DEBO LLENAR OTRO CERTIFICADO DE EXENCIÓN Y SOLICITAR SU APROBACIÓN. TAMBIÉN ENTIENDO QUE CUANDO SE PRESENTA O ES PROBABLE QUE SE PRESENTE CUALQUIER CASO DE ENFERMEDAD COMUNICABLE EN LA ESCUELA DE MI HIJO, EL DEPARTAMENTO DE SALUD PUEDE EXIGIR LA EXCLUSIÓN DE PERSONAS INFECTADAS Y DE PERSONAS NO INMUNIZADAS (7.4.3.9 NMAC).

Yo juro o afirmo que todas las declaraciones anteriores son verdaderas según mi información, conocimiento y creencia.

(Sello del Notario)

Nombre del padre/tutor (escriba claramente) _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

NOTARIO

Firmada y jurada ante mí este _____ de _____, 20____.

_____ Mi comisariado expira: _____

Firma del Notario

Solamente DOH:

☐

NO APROBADO

☐

APROBADO

COMIENZA EN Fecha

m m d d a a a a

EXPIRA EN Fecha

m m d d a a a a