

EXENCIÓN MÉDICA DE LA VACUNACIÓN REQUERIDA PARA ASISTIR A LA ESCUELA EN NEBRASKA

Como Médico, Asistente Médico o Enfermera Registrada Graduada y Avanzada, Enfermera Graduada de:

_____	_____	_____
<i>Apellido del niño</i>	<i>Nombre del niño</i>	<i>Edad del niño</i>
/ /		

<i>Fecha de nacimiento (mes / día / año)</i>	<i>Escuela</i>	<i>Grado</i>

He optado por no vacunar a este estudiante contra la o las siguientes enfermedades:

Se debe chequear la casilla al lado de cada enfermedad para la que no haya recibido—vacuna. El padre o guardián debe enviar las fechas de vacunación para todas las demás enfermedades.

- ☐ Difteria, tétanos y / o tos ferina (DTaP, Tdap por sus siglas en inglés)
- ☐ Polio (VPI)
- ☐ Haemophilus Influenzae Tipo B (Hib por sus siglas en inglés)
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Sarampión / Paperas / o Rubéola (MMR por sus siglas en inglés)
- ☐ Varicela
- ☐ Neumococo (PCV13)

En mi opinión, esta inmunización sería perjudicial para la salud y el bienestar del:

- ☐ Estudiante
- ☐ Miembro del hogar del estudiante o un familiar de éste

Comentarios:

Firma del médico, asistente médico o enfermera graduada avanzada

Fecha

Enfermera registrada Enfermera graduada