DOH 348-106 June 2011 Spanish

Certificate of Exemption/Certificado de Exención

For School, Child Care and Preschool Immunization Requirements[1]
Para los Requisitos de Vacunación Escolar, Guardería y el Preescolar[2]

DIRECTIONS: All exemptions must have a licensed health care provider sign & date Box 1 ('Provider Statement').[3] Exception: Box 1 is not required for religious exemptions when Box 2 ('Demonstration of Religious Membership') is completed. All exemptions must also have a parent/Guardian sign & date Box 3 ('Parent/Guardian Statement').

INSTRUCCIONES: Para todas las exenciones un proveedor de salud autorizado debe firmar y poner fecha en la Tabla 1 ('Declaración del Proveedor').[4] Excepción: La declaración en la Tabla 1 no es necesaria para exenciones religiosas cuando la información en la Tabla 2 ('Muestra de Afiliación Religiosa') es proporcionada. Todas las exenciones debe también llevar la firma del padre o tutor legal y fecha en la Tabla 3 ('Declaración del padre o tutor legal').

Child's Last Name/Apellido (s) del niño(a): **Name/Nombre:** **Middle Initial/ Inicial del medio:**	**Parents or Guardian Name (Please print)/ Nombre del padre o tutor** (en letra de molde):
Birthdate (mm/dd/yyyy)**/Fecha de Nacimiento** (mes/día/año)**:** **Sex/Sexo:**	

Parent/Guardian, please choose the exemption(s) that apply to your child below.
Padre o guardián, por favor escoja a continuación el tipo o tipos de exenciones que apliquen a su hijo(a).

☐ **Temporary Medical Exemption/Exención Medica Temporaria**

☐ **Permanent Medical Exemption/Exención Medica Permanente**

_____ Until/Hasta _____
Vaccine(s)/Vacuna(s) — Date (or Permanent)/ Fecha (o Permanente)

Print Name of Licensed Health Care Provider (MD, DO, ND, PA, ARNP)
Escriba el Nombre del Proveedor de Salud Certificado

X _____ X _____
Signature of Licensed Health Care Provider/ Firma del Proveedor de Salud autorizado — Date/Fecha

☐ **Personal/Philosophical Exemption (see Box 1)**
Exención Personal o filosófica (vea la Tabla 1)

☐ **Religious Exemption/Exención Religiosa**

☐ **Religious Membership Exemption (see Box 2)**
Exención por Membrecía Religiosa (vea la Tabla 2)

I do not want my child to get the following vaccine(s)
No quiero que mi hijo(a) obtenga las siguientes vacuna(s):

☐ Diphtheria/ Difteria
☐ Measles/Sarampión
☐ Pertussis (whooping cough)/Tos ferina
☐ Polio
☐ Tetanus/Tétanos
☐ Other (indicate)/Otra (indique):
☐ Hepatitis B
☐ Mumps/Paperas
☐ Pneumococcal/ Neumococo
☐ Rubella/Rubeola
☐ Varicella (chickenpox)/Varicela
☐ Hib

NOTICE: This is a two page document. Don't forget to print both pages and provide all information needed.
AVISO: Este documento es de dos páginas. No olvide imprimir ambas partes y de proporcionar toda la información necesaria.

[1] RCW 28A.210.080-090 states that before or on the first day of every child's attendance at any public and private school or licensed child care center in Washington State, the parent or guardian must present proof of either: (1) full immunization, (2) the initiation of and compliance with a schedule of immunization, as required by rules of the State Board of Health, or (3) a certificate of exemption, signed by a parent or guardian and a licensed health care provider.

[2] La ley RCW 28A.210.080-090 declara que antes de o en el primer día de asistencia del niño(a) a cualquier escuela pública y privada o guardería aprobada en el estado de Washington, uno de los padres de familia o tutor legal debe presentar prueba de: (1) inmunización completa, (2) el inicio y cumplimiento con un programa de vacunación, según lo requerido por las normas de la junta de salud del estado, o (3) un certificado de exención, firmado por el padre/la madre/tutor legal y un proveedor medico autorizado.

Box 1/Tabla 1

Provider Statement[3]: I,_____ , am a qualified provider (MD, DO, ND, PA, ARNP) licensed under Title 18 RCW. I confirm that the parent or guardian signing in Box 3 (Parent/Guardian Statement) has received information on the benefits and risks of immunization to their child as a condition for exempting their child for medical, religious, personal, or philosophical reasons."

Declaración del Proveedor[4]: "Yo, _____ , soy un proveedor de salud (MD, DO, ND, PA, ARNP) autorizado bajo la ley estatal 18 RCW. Confirmo que el padre o tutor legal que firme en la tabla 3 (Declaración del Padre o tutor) ha recibido información sobre los beneficios y riesgos de vacunación de sus hijos como condición para eximir a su hijo por razones medicas, religiosas, personales o filosóficas."

X _____

Signature of Licensed Health Care Provider (MD, DO, ND, PA, ARNP)
Firma del Proveedor de Salud Certificado

X _____

Date/Fecha

Box 2/Tabla 2

Parent/Guardian Demonstration of Religious Membership: "I am a member of a church or religious body whose beliefs or teachings do not allow for medical treatment from a health care practitioner. By supplying the information requested below, no further proof or signed provider statement in Box 1 is required for this religious exemption."

Muestra de Afiliación Religiosa del Padre o Tutor: "Soy miembro de una iglesia o cuerpo religioso con creencias y enseñanzas que no permiten el tratamiento médico por un profesional de salud. Mediante el suministro de la información solicitada a continuación, ninguna otra prueba o declaración solicitada en la tabla 1 será necesaria para esta exención religiosa. "

X _____

Name of church or religious body
Nombre de la iglesia o afiliación religiosa

X _____ X _____

Signature of Parent or Guardian/Firma del padre o Tutor Date/Fecha

Box 3/Tabla 3

Parent/Guardian Statement: "I certify that all the information provided on this certificate is correct and verifiable. I understand that if there is an outbreak of a vaccine-preventable disease my child has not been fully immunized against (as indicated above, for medical, personal/philosophical or religious reasons), my child may be at risk for disease and can be **excluded** from school, child care, or preschool until the outbreak is over."

Declaración del Padre o Tutor: "Certifico que toda información provista en este certificado es correcta y verificable. Entiendo que si hay un brote de enfermedad prevenible por vacunación a la cual mi hijo(a) no ha sido completamente vacunado (Por razones médicas, personales o filosóficas previamente indicadas), mi hijo(a) estará a riesgo de la enfermedad y será **excluido** de la escuela, guardería, o el preescolar hasta que el brote termine."

X _____ X _____

Signature of Parent or Guardian/Firma del Padre o Tutor Date/Fecha

[3] A letter may substitute for a signed 'Provider Statement' on this certificate. To be accepted, the letter must reference the child's name on this certificate, confirm that the child's parent or guardian got information on the risks and benefits of immunization to their child, and be signed by a licensed health care provider.

[4] Una carta puede sustituir la firma del Proveedor de salud autorizado en esta sección del certificado. Para ser aceptada, la carta debe hacer referencia al nombre del niño(a) en este certificado, confirmando que uno de los padres de familia o tutor legal del niño(a) obtuvieron información sobre los riesgos y beneficios de vacunación del niño(a), y ser firmada por u proveedor de salud autorizado.

Si tiene alguna discapacidad y necesita este documento en otro formato, por favor llame al 1-800-525-0127 (1-800-833-6388 relevador TTY).