



Dublin City School District  
**Exoneración de Vacunación**  
**Immunization Exemption**

Students  
5320 F2  
Revised 12/1/17  
Spanish

- Sección I a ser completada por el padre de familia/guardián legal.
- Sección II a ser completada por el profesional de salud si hay una exoneración médica.
- Regrese a la enfermera de la escuela al finalizar.

---

### I. Sección para el padre de familia/guardián legal

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Como lo requiere la Ley de Inmunización Obligatoria (Código Revisado de Ohio, Secciones 3313.67 y 3313.671), por la presente expreso con mi firma que me opongo, por la razón declarada a continuación, a la vacunación de mi hijo(a) contra la(s) siguiente enfermedad(es):

- Polio     Difteria/Tétano/Tosferina (DTP)     Sarampión     Paperas     Rubéola  
 Hib     Hepatitis-B     Tdap     Varicela     Meningocócica

Razón para la exoneración: \_\_\_\_\_

Estoy consciente de que mi hijo(a) está sujeto(a) a exclusión de la escuela según lo requiera el Departamento de Salud de Ohio en caso de un brote de la(s) enfermedad(es) contagiosa(s) que he indicado arriba, y que esta exclusión puede durar por todo el tiempo del brote que podría extenderse durante varias semanas.

Firma del padre de familia/guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### II. Health care provider section

Please check contraindicated immunizations for medical exemption.

- Polio     Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTP)     Measles     Mumps     Rubella  
 Hib     Hepatitis-B     Tdap     Varicella (Chickenpox)     Meningococcal

Reason for medical exemption: \_\_\_\_\_

Time frame for medical exemption: \_\_\_\_\_

Provider signature/title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(ONLY required when this is a medical exemption)