



**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)