

# Declaración de exención médica

Formulario HES 101A  
 Escuelas de Montana

Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Inmunizaciones de Montana al (406) 444-5580.

Un posible estudiante que desee inscribirse en una escuela de Montana no está obligado a recibir ninguna vacuna para la que esté médicaamente contraindicada. La Declaración de exención médica puede ser completada por un proveedor de atención médica calificado y utilizada como exención. En lugar de este formulario, también se aceptará una declaración escrita y firmada por un proveedor de atención médica calificado según las condiciones descritas en ARM 37.114.715.

De conformidad con HB 334 (Cap. 294, L. 2021), un proveedor de atención médica calificado hace referencia a una persona que: (1) tiene licencia, certificación o autorización en cualquier estado de EE. UU. o Canadá para proveer atención médica; (2) está autorizada dentro del ámbito de práctica de la persona para administrar las vacunas a la que se aplica la exención; y (3) haya brindado previamente atención médica al estudiante o le haya administrado una vacuna a la cual el estudiante haya tenido una reacción adversa. Una vez completado, este formulario debe presentarse en la escuela del estudiante junto con su registro de vacunas más actualizado.

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Nombre de padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_

**Dirección del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Seleccione las vacunas que necesitan exención médica y luego proporcione una breve descripción de la contraindicación o precaución para cada vacuna:**

- |                                                                      |                                                             |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)       | <input type="checkbox"/> MMR (sarampión, paperas y rubéola) |
| <input type="checkbox"/> Tdap (difteria, tétanos y tos ferina)       | <input type="checkbox"/> IPV (polio)                        |
| <input type="checkbox"/> Varicela                                    | <input type="checkbox"/> Otra: _____                        |
| <input type="checkbox"/> Hib ( <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b) |                                                             |

**Contraindicación/Precaución:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Puede encontrar una lista completa de contraindicaciones y precauciones médicas en el sitio web de los Centros para el control y la prevención de enfermedades: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html>.

**Duración de la exención:** \_\_\_\_\_

**Nombre del proveedor (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_ **Cargo:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Firma del proveedor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Código de Montana anotado**

20-5-403: Requisitos de vacunación de la escuela MT, registros de vacunación  
 20-5-405: Requisitos y exenciones de vacunación de la escuela MT

**Reglas administrativas de Montana**

37.114.701-721: Vacunación de escuelas K-12, preescolar y postsecundaria