

Sobrenome do filho: _____ **Nome:** _____ **Inicial do nome do meio:** _____ **Data de nascimento (DD/MM/AAAA):** _____

AVISO: um pai ou responsável pode isentar o seu filho das vacinas listadas abaixo, enviando este formulário preenchido à escola e/ou creche da criança. Considera-se que a pessoa isenta de vacinação tem o risco de desenvolver a doença ou as doenças para as quais a vacinação oferece proteção. Um aluno isento pode ser afastado de atividades ou do ambiente escolar ou creche durante o surto de uma doença contra a qual não tenha sido totalmente vacinado. Doenças evitáveis por vacina ainda existem e podem se espalhar rapidamente em ambientes escolares e creches. A imunização é uma das melhores maneiras de proteger as pessoas, evitando que contraíam e espalhem doenças que podem resultar em uma doença grave, deficiência ou até morte.

Personal/Philosophical or Religious Exemption (Isenção pessoal/filosófica ou religiosa)

Estou isentando meu filho da obrigatoriedade de ser vacinado contra a(s) seguinte(s) doença(s) para frequentar a escola ou creche. (Selecione um tipo de isenção e as vacinas que você deseja isentar seu filho):

PERSONAL/PHILOSOPHICAL EXEMPTION* (ISENÇÃO FILOSÓFICA/PESSOAL)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Diphtheria (difteria) | ☐ Hepatitis B (hepatite B) | ☐ Hib | ☐ Pneumococcal (pneumocócica) |
| ☐ Polio | ☐ Pertussis (whooping cough)
(coqueluche - tosse convulsa) | ☐ Tetanus (tétano) | ☐ Varicella (chickenpox)
(varicela - catapora) |

**Sarampo, caxumba ou rubéola não podem ser isentas por razões pessoais/filosóficas, devido à lei estadual*

RELIGIOUS EXEMPTION (ISENÇÃO RELIGIOSA)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Diphtheria (difteria) | ☐ Hepatitis B (hepatite B) | ☐ Hib | ☐ Pneumococcal (pneumocócica) |
| ☐ Polio | ☐ Pertussis (whooping cough)
(coqueluche - tosse convulsa) | ☐ Tetanus (tétano) | ☐ Varicella (chickenpox)
(varicela - catapora) |
| ☐ Measles (sarampo) | ☐ Mumps (caxumba) | ☐ Rubella (rubéola) | |

Declaração do pai/responsável

Uma ou mais das vacinas obrigatórias estão em conflito com minhas crenças pessoais, filosóficas ou religiosas. Eu conversei sobre os benefícios e riscos das imunizações com um profissional de saúde (assinado abaixo). Estou ciente de que se ocorrer um surto de uma doença evitável por vacina para a qual o meu filho está isento, ele pode ser afastado da escola ou creche durante a duração do surto. As informações neste formulário estão completas e corretas.

X

Nome do pai/responsável (por extenso e legível)

Assinatura do pai/responsável

Data

Health Care Practitioner Declaration

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington State.

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

☐ MD ☐ ND ☐ DO ☐ ARNP ☐ PA

Washington License # _____

RELIGIOUS MEMBERSHIP EXEMPTION (ISENÇÃO DEVIDO À FILIAÇÃO RELIGIOSA)

Complete esta seção SOMENTE se você pertence a uma igreja ou religião que se opõe ao uso de tratamento médico. Use a seção acima se você tem uma objeção religiosa à vacinação, mas as crenças ou ensinamentos de sua igreja ou religião permitem que o seu filho seja tratado por profissionais médicos, como médicos e enfermeiros.

Declaração do pai/responsável

Eu sou o pai ou responsável da criança acima mencionada. Afirmando que sou membro de uma igreja ou religião cujos ensinamentos não permitem que profissionais de saúde ofereçam tratamento médico ao meu filho. Estou ciente de que se ocorrer um surto de uma doença evitável por vacina para a qual o meu filho está isento, ele pode ser afastado da escola ou creche durante a duração do surto. As informações neste formulário estão completas e corretas.

X

Nome do pai/responsável (por extenso e legível)

Assinatura do pai/responsável

Data

Certificate of Exemption—Medical (Certificado de isenção - Médica)

Requisitos de imunização para escola, creche e pré-escola

Sobrenome do filho: _____ Nome: _____ Inicial do nome do meio: _____ Data de nascimento (DD/MM/AAAA): _____

AVISO: este formulário pode ser usado para isentar uma criança da obrigatoriedade de vacinação quando um profissional de saúde determinar que a vacinação específica não é aconselhável à criança por razões médicas. Este formulário deve ser preenchido por um profissional de saúde e assinado pelos pais/responsáveis. Um aluno isento pode ser afastado da escola ou da creche durante um surto da doença contra a qual não tenha sido totalmente vacinado. Doenças evitáveis por vacina ainda existem e podem se espalhar rapidamente em ambientes escolares e creches.

Medical Exemption

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine required by rule of the Washington State Board of Health only if in their judgment, the vaccine is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine (RCW 28A.210.090). Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommendations via the Centers for Disease Control and Prevention publication, "Guide to Vaccine Contraindications and Precautions," or the manufacturer's package insert. The ACIP guide can be found at: www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html.

Please indicate which vaccination the **medical** exemption is referring to by disease. If the patient is not exempt from certain vaccinations, mark "not exempt.":

Disease (doença)	Not Exempt (sem isenção)	Permanent Exempt (isenção permanente)	Temporary Exempt (isenção temporária)	Expiration Date for Temporary Medical (data de validade para isenção médica temporária)
Diphtheria (difteria)	☐	☐	☐	
Hepatitis B (hepatite B)	☐	☐	☐	
Hib	☐	☐	☐	
Measles (sarampo)	☐	☐	☐	
Mumps (caxumba)	☐	☐	☐	
Pertussis (coqueluche)	☐	☐	☐	
Pneumococcal (pneumocócica)	☐	☐	☐	
Polio	☐	☐	☐	
Rubella (rubéola)	☐	☐	☐	
Tetanus (tétano)	☐	☐	☐	
Varicella (varicela)	☐	☐	☐	

Health Care Practitioner Declaration

I declare that vaccination for the disease(s) checked above is/are not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed in Washington State, and the information provided on this form is complete and correct.

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

☐ MD ☐ ND ☐ DO ☐ ARNP ☐ PA

Washington License # _____

Declaração do pai/responsável

Eu conversei sobre os benefícios e riscos das imunizações com um profissional de saúde que concedeu esta isenção médica. Estou ciente de que se ocorrer um surto de uma doença evitável por vacina para a qual o meu filho está isento, ele pode ser afastado da escola ou creche durante a duração do surto. As informações neste formulário estão completas e corretas.

X

Nome do pai/responsável (por extenso e legível)

Assinatura do pai/responsável

Data