



NEGATIVA A LA VACUNACIÓN

Nombre del cliente _____

Fecha de nacimiento del cliente _____

Nombre del(de la) padre/madre/ tutor legal _____

Nombre del proveedor de atención médica _____

Dirección y teléfono del proveedor de atención médica _____

Mi proveedor de atención médica recomendó que yo/mi hijo(a) (*marque con un círculo*) recibiera las siguientes vacunas:

Recomendada	Vacunación	Rechazada
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular (DTaP o Tdap)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra la difteria- tétanos (DT) o el tétanos-difteria (Td)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra la <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra la hepatitis A (HAV)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra la hepatitis B (HBV)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna de poliovirus inactivado (IPV)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra la influenza (gripe)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubeola (MMR)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra el meningococo (MCV o MPV)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra el neumococo (PCV o PPSV)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra el rotavirus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra la varicela	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra el herpes zóster (culebrilla)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>

He leído la(s) Declaración(es) de Información Sobre la(s) Vacuna(s), creada(s) por los Centros Para el Control y la Prevención de Enfermedades, que explica(n) la(s) vacuna(s) y la(s) enfermedad(es) que ésta(s) previene(n). He tenido la oportunidad de hablar sobre este tema con mi proveedor de atención médica, quien ha respondido a todas mis preguntas acerca de la(s) vacuna(s) recomendada(s). Entiendo lo siguiente:

- El **propósito** y la **necesidad** de la(s) vacuna(s) recomendada(s)
- Los **riesgos y beneficios** de la(s) vacuna(s) recomendada(s)
- Si yo/mi hijo(a) recibo(e)/no recibo(e) la(s) vacuna(s), **las consecuencias** podrían incluir:
 - Contraer la enfermedad que la vacuna debería prevenir (Estas enfermedades podrían tener uno o más de los siguientes resultados: hospitalización, neumonía, daño cerebral, meningitis, convulsiones, sordera y muerte).
 - Transmitir la enfermedad a otros (Si se produce en la escuela o guardería de mi hijo(a) un brote de una enfermedad prevenible con vacunas y mi hijo(a) no está protegido(a), se le podría impedir que regrese hasta que el riesgo de contraer la enfermedad haya pasado).
- Mi proveedor de atención médica, la Oficina de Inmunización del Estado de Georgia, la Academia Americana de Pediatría, la Academia Americana de Médicos de Familia y los Centros Para el Control y la Prevención de Enfermedades recomiendan que estas vacunas se administren de acuerdo al calendario de vacunaciones publicado por el Comité Asesor Sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés); sin embargo, he decidido rechazar en este momento la(s) vacuna(s) recomendada(s) para mí/mi hijo(a), tal como lo indiqué anteriormente al marcar la casilla correspondiente bajo la columna titulada "rechazada".

Entiendo que al no seguir las recomendaciones de vacunación, podría poner en peligro mi salud o vida y la de mi hijo(a), así como también la de otros con quienes yo o mi hijo(a) podríamos entrar en contacto.

Entiendo que puedo hablar sobre este tema con mi proveedor de atención médica (él de mi hijo/a) y que puedo cambiar de opinión y aceptar la vacunación para mí (mi hijo/a) en cualquier momento en el futuro.

Entiendo que mi negativa a vacunar a mi hijo(a) no lo(a) exime de los requisitos de vacunación para la escuela o guardería en Georgia y que él/ella no podrá asistir a la escuela o guardería si no cumple con estos requisitos de vacunación.

Firma del(de la) cliente/
padre/madre/tutor legal _____

Fecha _____

Testigo _____

Fecha _____