



EXENCIÓN POR CONTRAINDICACIÓN MÉDICA (ESTUDIANTES)

Conforme lo dispuesto en el Artículo 5 de la Ley Núm. 25 del 25 de septiembre de 1983, según enmendada, conocida como la “Ley de Inmunizaciones Compulsorias a los Niños Preescolares y Estudiantes en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico”, no se requerirá el certificado de vacunación contra el COVID-19 para efectos de la educación presencial a aquel estudiante que presente una certificación firmada por un médico autorizado a ejercer la profesión en Puerto Rico en la cual el médico especifique la contraindicación médica para recibir la vacuna contra el COVID-19 requerida por el Secretario de Salud. En virtud de ella, se requerirá presentar ante las autoridades correspondientes una solicitud para la exención por contraindicación médica. **Este formulario deberá ser completado en letra legible.**

Ningún estudiante está obligado a recibir la vacuna contra COVID-19 si tiene una contraindicación médica.

Información del Padre/Madre/Tutor

Nombre _____
Dirección _____
Teléfono _____

Información del Estudiante/Escuela

Nombre Estudiante _____
Nombre de Escuela _____
Dirección Escuela _____

Para ser completado por un médico autorizado a ejercer su profesión en Puerto Rico

Nombre del médico _____ #Lic. _____

Contraindicación para recibir la vacuna de:

___ DTap ___ MMR ___ Hib ___ Varicella ___ Meningococo
___ Polio ___ Hep B ___ Pneumococo ___ VPH ___ Covid

La contraindicación es: _____ permanente _____ temporal

Si la contraindicación es temporal, indique la fecha en que termina la misma: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Sección del Padre, Madre o Tutor

1. Entiendo y soy consciente de que la “Exención por Contraindicación Médica” es válida por el periodo indicado por el médico si la contraindicación es temporal, o por un (1) año, a partir de la fecha de la firma del médico si la contraindicación es permanente.
2. He leído las disposiciones de la Ley de Inmunizaciones Compulsorias a los Niños Preescolares y Estudiantes en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y entiendo las sanciones que impone la misma por suministrar información falsa al registrador de la escuela o al director de un centro de cuidado diurno o centro de tratamiento social.
3. Este formulario deberá ser completado con la información correspondiente y entregarlo al personal de la institución educativa al principio de cada año escolar.

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____

Fecha: _____

Personal de instituciones educativas: Favor de enviar una copia de este formulario al Departamento de Salud vía por correo postal a: Departamento de Salud, División de Vacunación, PO Box 70184, San Juan, PR 00936-8184; por correo electrónico: crisperez@salud.gov.pr , jackelyn.garcia@salud.pr.gov