



DECLARACIÓN JURADA
SOBRE EXENCIÓN A VACUNAR POR RAZONES
RELIGIOSAS (ESTUDIANTES)

Yo, _____, mayor de edad, _____,
(Nombre padre, madre o tutor) (Estado Civil) (Profesión)
y vecino(a) de _____, Puerto Rico, bajo juramento declaro lo siguiente:

- 1. Que mi nombre y demás circunstancias personales son las antes expresadas.
2. Que yo, _____, suscribo esta declaración en calidad de _____
(Nombre) (Madre, Padre o Tutor)
del menor _____
(Nombre estudiante o niño preescolar)
3. Que eximo a mi hijo o tutelado de los requisitos de vacunación contra las siguientes enfermedades para asistir a la escuela, universidad, centro de cuidado diurno o centro de tratamiento social:

_ DTaP _ MMR _ Hib _ Varicella _ Meningococo
_ Polio _ Hep. B _ Pneumococo _ VPH _ Tdap

- 4. Que conozco las disposiciones de la Ley Núm. 25 de 25 de septiembre de 1983, según enmendada, que establece que, durante una epidemia, mi hijo o tutelado podrá ser inmunizado, según determine un representante autorizado del Departamento de Salud, ya que esta excepción se considerará nula.
5. Que he leído las disposiciones sobre la vacunación obligatoria que rigen en la jurisdicción de Puerto Rico y entiendo los riesgos de no vacunar a mi hijo o tutelado.
6. Que entiendo que la presente Declaración Jurada sobre Exención a Vacunar por Razones Religiosas es válida por el periodo de un (1) año, a partir de la fecha de la juramentación. Luego del término de un (1) año, debo presentar una nueva exención.
7. Que se suscribe esta declaración a los fines de solicitar una "Exención a Vacunar por Razones Religiosas", por las siguientes sinceras creencias religiosas:

- 8. Que hemos leído las disposiciones de la Ley Núm. 25 de 25 de septiembre de 1983 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.
9. Que todo lo aquí expuesto es la verdad y nos consta de propio y personal conocimiento.

En _____, Puerto Rico, hoy, _____ de _____ de _____.

(Firma del Padre, Madre o Tutor)

AFFIDAVIT: _____

Jurado y suscrito ante mí por _____ padre / madre o encargado del menor _____, de las circunstancias ante mencionadas, a quien doy fe conocer personalmente o de haber identificado mediante _____

En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.



**CERTIFICACION MÉDICA
SOBRE EXENCIÓN A VACUNAR POR RAZONES MÉDICAS**

Conforme a lo dispuesto en el Artículo 5 de la Ley Número 25 de 25 de septiembre de 1983, según enmendada, mejor conocida como la Ley de Inmunización para Niños Preescolares y Estudiantes, no se requerirá el Certificado de Vacunación para efectos de trámite de matrícula para el ingreso a una institución educativa de todo estudiante que presente una declaración jurada solicitando exención de vacunar por razones religiosas, o una certificación firmada por médico autorizado a ejercer la profesión en Puerto Rico, solicitando dicha exención por condiciones médicas. La Ley Número 25 no permite exenciones por razones personales ni filosóficas.

Ningún estudiante está obligado a recibir una vacuna si tiene una contraindicación médica, antecedentes de enfermedades o evidencia de laboratorio de inmunidad. Para que un estudiante reciba una exención médica, la certificación a continuación debe ser firmada por un médico.

Certifico que las vacuna en la lista a continuación, están contraindicadas por razones médicas, evidencia de laboratorio de inmunidad o bien porque tal inmunidad existe debido a un antecedente de enfermedad confirmado por laboratorio.

- DTaP MMR Hib Varicela Meningococo
 Polio Hep. B Pneumococo VPH Tdap

Nombre del Estudiante <small>(nombre y ambos apellidos)</small>	
Razón (condición o contraindicación) y posible duración de la condición	

Nombre del Médico (letra de molde)

Núm.. Licencia

Firma del Médico

Fecha

Padre o tutor legal: Favor de entregar este formulario al personal de la institución educativa de su hijo (a) al principio de cada año escolar. La vigencia de la certificación médica será anual.