

# Declaración de exención religiosa

Formulario HES 113-  
Cuidado de niños de Montana



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

Nombre completo del niño \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Cuidado de niños: \_\_\_\_\_

Dirección y ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo, quien suscribe, juro o afirmo que la vacunación contra lo siguiente es contraria a mis principios y prácticas religiosas:

*Difteria, tos ferina, tétanos (DTaP, DT, Tdap)*

*Polio*

*Sarampión, paperas y rubéola (MMR)*

*Varicela*

*Neumococo (PCV)*

*Hepatitis B*

*Haemophilus influenzae tipo b (Hib)*

*Otro: \_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, tutor u otra persona responsable del  
cuidado y custodia del estudiante mencionado  
anteriormente; o del estudiante, si es mayor de 18  
años.

\_\_\_\_\_  
Fecha

Subscribed and sworn to before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Signature:** Notary Public for the State of Montana

Seal

\_\_\_\_\_  
**Print Name:** Notary Public for the State of Montana  
Residing in \_\_\_\_\_  
My commission expires \_\_\_\_\_