

Declaración de exención religiosa

Formulario HES 113
Escuelas de Montana



DEPARTMENT OF
PUBLIC HEALTH &
HUMAN SERVICES

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

Nombre completo del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____

Escuela: _____

Si el estudiante es menor de 18 años, nombre del padre, tutor u otra persona responsable de su cuidado y custodia:

Dirección y ciudad: _____

Teléfono: _____

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

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

☐ *Polio*

☐ *Sarampión, paperas y rubéola (MMR)*

☐ *Varicela*

☐ *Haemophilus influenzae tipo b (Hib)*

☐ *Otros: _____*

Entiendo lo siguiente:

De acuerdo con el artículo 20-5-405, MCA, en el caso de un brote de una de las enfermedades enumeradas anteriormente, el estudiante exento puede ser excluido de la escuela por el oficial de salud local o el Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos hasta que ya no esté en riesgo de contraer o transmitir esa enfermedad.

Firma: _____ Fecha: _____