



Comments:

**Personal Beliefs Exemption Form**  
**Kindergarten – 12<sup>th</sup> Grade Only**

Arizona Department of Health Services (ADHS) strongly supports immunization as one of the easiest and most effective tools in preventing diseases that can cause serious illness and even death. ADHS also respects the rights of parents to decide whether or not to vaccinate their child.

By state law, (A.R.S. §15-873) a child will not be allowed to attend school until either proof of immunization or a completed exemption form is submitted to the school. The information below is provided to ensure that parents are informed about the risks of not vaccinating.

Place an "X" in the box to the left of the disease(s) listed to exempt your child from the vaccine. Initial and date the box on the right.

<input type="checkbox"/>	<b>Diphtheria (DTaP, Tdap, Td):</b> I have been informed that by not receiving this vaccine, my child may be at increased risk of developing diphtheria if exposed to this disease. Serious symptoms and effects of this disease include: heart failure, paralysis (can't move parts of the body), breathing problems, coma, and death.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	<b>Tetanus (DTaP, Tdap, Td):</b> I have been informed that by not receiving this vaccine, my child may be at increased risk of developing tetanus if exposed to this disease. Serious symptoms and effects of this disease include: "locking" of the jaw, difficulty in swallowing and breathing, seizures (jerking and staring), painful tightening of muscles in the head and neck, and death.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	<b>Pertussis (Whooping Cough) (DTaP, Tdap):</b> I have been informed that by not receiving this vaccine, my child may be at increased risk of developing pertussis (whooping cough) if exposed to this disease. Serious symptoms and effects of this disease include: severe coughing fits that can cause vomiting and exhaustion, pneumonia, seizures (jerking and staring), brain damage, and death.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	<b>Polio (IPV):</b> I have been informed that by not receiving this vaccine, my child may be at increased risk of developing polio if exposed to this disease. Serious symptoms and effects of this disease include: paralysis (can't move parts of the body), meningitis (infection of the brain and spinal cord covering), permanent disability, and death.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	<b>Measles, Mumps, Rubella (MMR):</b> I have been informed that by not receiving this vaccine, my child may be at increased risk of developing measles, mumps, and/or rubella if exposed to these diseases. Serious symptoms and effects of measles include: pneumonia, seizures (jerking and staring), brain damage, and death. Serious symptoms and effects of mumps include: meningitis (infection of the brain and spinal cord covering), painful swelling of the testicles or ovaries, sterility, deafness, and death. Serious symptoms and effects of rubella include: rash, arthritis, and muscle or joint pain. If a woman gets rubella while she is pregnant, she could have a miscarriage or her baby could be born with serious birth defects such as deafness, heart problems, and brain damage.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	<b>Hepatitis B:</b> I have been informed that by not receiving this vaccine, my child may be at increased risk of developing hepatitis B if exposed to this disease. Serious symptoms and effects of this disease include: jaundice (yellow skin or eyes), life-long liver problems, such as scarring and liver cancer, and death.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	<b>Varicella (Chickenpox):</b> I have been informed that by not receiving this vaccine, my child may be at increased risk of developing varicella (chickenpox) if exposed to this disease. Serious symptoms and effects of this disease include: severe skin infections, pneumonia, brain damage, and death.	Initials _____ Date _____
<input type="checkbox"/>	<b>Meningococcal:</b> I have been informed that by not receiving this vaccine, my child may be at increased risk of developing meningococcal disease. Serious symptoms and effects of this disease include: brain damage, sepsis (systemic infection) permanent scarring or loss of limbs, and death.	Initials _____ Date _____

**Due to my personal beliefs, I request an exemption for my child from the required vaccine doses selected above. I am aware that if I change my mind in the future, I can rescind this exemption and obtain immunizations for my child.**

Initials \_\_\_\_\_

- I am aware that additional information about vaccine preventable diseases, vaccines and reduced or no cost vaccination services are available from my local county health department and Arizona Department of Health Services ([www.azdhs.gov/phs/immunization/](http://www.azdhs.gov/phs/immunization/)).
- I am aware that in the event the state or county health department declares an outbreak of a vaccine-preventable disease for which I cannot provide proof of immunity for my child, he or she may not be allowed to attend school until the risk period ends, which may be 3 weeks or longer.

Child's Name \_\_\_\_\_ Date of Birth (month/day/year) \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date (month/day/year) \_\_\_\_\_



## Formulario de Exención por Creencias Personales

### Kindergarten – 12 Grado Solamente

El Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) apoya firmemente la inmunización como una de las técnicas más fáciles y efectivas en la prevención de enfermedades que pueden causar síntomas graves e incluso la muerte.

Marque con una "X" en la caja a la izquierda de cada enfermedad para eximir a su hijo de la vacuna. Sus iniciales y la fecha a la derecha.

<input type="checkbox"/>	<b>Difteria (DTaP, DT, Tdap, Td):</b> Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo puede estar en mayor riesgo de desarrollar la difteria si se expone a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos de esta enfermedad son: fallo cardíaco, parálisis (no puede mover partes del cuerpo), problemas respiratorios, coma y muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	<b>Tétano (DTaP, DT, Tdap, Td):</b> Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo puede estar en mayor riesgo de desarrollar tétano si se expone a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos de esta enfermedad son: "traba" de la mandíbula, dificultad para tragar y respirar, convulsiones (sacudidas y mirada fija), espasmos dolorosos de los músculos en la cabeza y cuello, y muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	<b>Pertusis (Tos ferina) (DTaP, Tdap):</b> Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo puede estar en mayor riesgo de desarrollar pertusis (tos ferina) si se expone a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos de esta enfermedad son: ataques severos de tos que pueden causar vómito y agotamiento, neumonía, convulsiones (sacudidas y mirada fija), daño cerebral y muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	<b>Polio (IPV):</b> Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo puede estar en mayor riesgo de desarrollar polio si se expone a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos de esta enfermedad son: parálisis (no puede mover partes del cuerpo), meningitis (infección de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal), incapacidad permanente y muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	<b>Sarampión, Paperas, Rubeóla (MMR):</b> Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo puede estar en mayor riesgo de desarrollar sarampión, paperas y/o rubeóla si se expone a estas enfermedades. Los graves síntomas y efectos del sarampión son: neumonía, convulsiones (sacudidas y mirada fija), daño cerebral y muerte. Los graves síntomas y efectos de las paperas son: meningitis (infección de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal), hinchazón dolorosa de los testículos u ovarios, esterilidad, sordera y muerte. Los graves síntomas y efectos de la rubeóla son: erupción cutánea, artritis y dolor muscular o articular. Si una mujer contrae rubeóla durante el embarazo, podría tener un aborto involuntario o su bebé podría nacer con defectos de nacimiento graves como sordera, problemas del corazón y daño cerebral.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	<b>Hepatitis B:</b> Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo puede estar en mayor riesgo de desarrollar hepatitis B si se expone a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos de esta enfermedad son: ictericia (piel u ojos amarillos), problemas del hígado de por vida, tales como cicatrices, cáncer del hígado y muerte.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	<b>Varicela:</b> Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo puede estar en mayor riesgo de desarrollar varicela si se expone a esta enfermedad. Los graves síntomas y efectos de esta enfermedad son: infecciones graves de la piel, neumonía, daño cerebral y muerte. Una persona que ha tenido varicela puede tener una erupción dolorosa llamada herpes años más tarde.	Iniciales _____ Fecha _____
<input type="checkbox"/>	<b>Enfermedad Meningocócica:</b> Se me ha informado que, al no recibir esta vacuna, mi hijo puede estar en mayor riesgo de desarrollar la enfermedad meningocócica. Los graves síntomas y efectos de esta enfermedad son: daño neurológico, sepsis, cicatrización permanente o pérdida de extremidades, y muerte.	Iniciales _____ Fecha _____

**Debido a mis creencias personales, solicito una exención para mi hijo de las vacunas seleccionadas anteriormente. Soy consciente de que si cambio de opinión en el futuro, puedo revocar esta exención y obtener las vacunas para mi hijo.** Iniciales \_\_\_\_\_

- Soy consciente de que la información adicional acerca de las enfermedades prevenibles por vacunación, vacunas y servicios de vacunación reducidos o sin costo está disponible en mi departamento de salud local y el Departamento de Servicios de Salud de Arizona ([www.azdhs.gov/phs/immunization/](http://www.azdhs.gov/phs/immunization/))
- Soy consciente de que en el caso que el departamento de salud estatal o del condado declare un brote de una enfermedad prevenible por vacunación y yo no pueda presentar prueba de inmunidad para mi hijo, él o ella no puede ser permitido asistir a la escuela, que puede ser de 3 semanas o más.

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha (mes/día/año) \_\_\_\_\_