

Medical Exemption Form

Arizona law requires schools, preschools, and child care facilities to retain this form to exempt a child from immunization requirements due to medical reasons.

This is the official ADHS-provided format used by licensed physicians and registered nurse practitioners to document that at least one of the two exemption requirements is met:

1. Due to the child's health or medical condition, the child may be adversely affected on a temporary or permanent basis by one or more of the required vaccine doses.
2. The child has laboratory evidence of immunity to one or more specific vaccine-preventable diseases, and lab results are attached (**required** for measles, rubella, and varicella); OR the child has a documented medical history of disease, OR laboratory evidence of immunity for diseases other than measles, rubella, and varicella.

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

To be completed by a licensed physician or registered nurse practitioner to exempt a child from school or child care immunization requirements.

Printed Name of Physician or Nurse: _____

Signature of Physician or Nurse: _____ Date: _____

Please list each vaccine included in the exemption and the reason for the exemption:

☐

This is a permanent exemption

☐

This is a temporary exemption ending on the following date: _____

Parent/Guardian Section:

- 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 child care and/or school until the risk period ends, which may be 3 weeks or longer.
- I am aware that additional information about vaccine-preventable diseases, vaccines, and reduced or no-cost vaccination services is available from my local county health department and the Arizona Department of Health Services. (www.azdhs.gov/phs/immunization).

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Arizona Revised Statutes [15-873](#) and Arizona Administrative Codes [R9-5-305](#) and [R9-6-706](#) describe the requirements for medical exemptions in childcare and school settings.

Formulario de Exención por Razones Médicas

La ley de Arizona requiere que las escuelas, centros preescolares y guarderías retengan este formulario oficial de ADHS para que un niño/a sea exento/a de los requisitos de inmunización por razones médicas.

Este es el formulario oficial, suministrado por ADHS, utilizado por los proveedores médicos y enfermeras practicante para documentar que se cumple al menos uno de los dos requisitos de exención:

1. Debido a su salud o condición médica, el niño puede ser afectado de forma temporal o permanente por una o más de las vacunas requeridas.
2. El niño tiene pruebas de laboratorio de inmunidad a una o más enfermedades prevenibles por vacuna específicas y los resultados de laboratorio se adjuntan a este documento (**requeridos** para el sarampión, la rubéola y la varicela); o el niño/a tiene un historial médico de enfermedad o pruebas de laboratorio de inmunidad a enfermedades distintas al sarampión, la rubéola y la varicela.

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Esta área debe ser completada por un proveedor médico o enfermera practicante para eximir a un niño de los requisitos de inmunización escolares y de guarderías.

Nombre del Médico o la Enfermera Practicante: _____

Firma del Médico o la Enfermera Practicante: _____ Fecha: _____

Por favor, indique cada vacuna incluida en la exención y el motivo de la exención:

☐ Esto es una exención permanente

☐ Esto es una exención temporal que termina en esta fecha: _____

Sección del Padre/Tutor:

- 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/a, él o ella no puede ser permitido asistir a la guardería y/o la escuela hasta que termine el período de riesgo, que puede ser de 3 semanas o más.
- 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).

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Los Estatutos Revisados de Arizona [15-873](#) y los Códigos Administrativos de Arizona [R9-5-305](#) y [R9-6-706](#) describen los requisitos para las exenciones médicas en escuelas y guarderías.