

Preschool-12th Grade – Religious Immunization Exemption Certificate For Use in Public, Private and Charter Schools

Nevada State Immunization Program • 4150 Technology Way Suite 210 • Carson City, NV 89706
http://dphh.nv.gov/Programs/Immunizations/ • (775) 684-5900 • nviz@health.nv.gov

Instructions for completing a Religious Immunization Exemption Certificate

Section 1: Enter school and student information.

Section 2: Have parent/guardian or student (if the student is 18 years of age or older) initial, sign, and date.

Section 3: For school use only. Obtain school signatures and dates.

Parents / Guardians:
Please turn this
form into your
child's school.

Name of School (accepting exemption)					Street Address		City	Zip Code	Phone
Student's Name							Date of Birth	Grade/Level	
Street Address							City	Zip Code	Phone

I request that the above student be exempt from the vaccine(s) checked below based on my religious beliefs:

- ☐ DTaP ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ IPV
☐ MenACWY ☐ MMR ☐ Td/Tdap ☐ Varicella

I understand the risks of refusing to vaccinate based on my religious beliefs. I know that I may re-address this issue at any time and complete the required vaccinations.

Initials	I understand the risk of contracting the disease(s) that the vaccine(s) prevent.
Initials	I understand the risk of transmitting the disease(s) to others.
Initials	I understand that, if an outbreak of vaccine-preventable disease should occur, an exempt student will be excluded from school by the school administrative head for a period of time as determined by the Nevada Division of Public and Behavioral Health based on a case-by-case analysis of public health risk.
Initials	I understand that this form must be submitted annually based on an enrollment schedule set by the school district, charter school or private school.

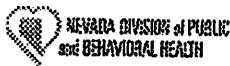
Signature of Parent/Guardian or Student
(if the student is 18 years of age or older)

Date

Section 3: For School Official Use Only. Please provide date and signatures

School Nurse or Designee Signature	Date
School Board or Designee Signature	Date

It is the responsibility of the administrative head of the school to secure compliance with the regulations. The administrative head of the school shall exclude students who have not received the minimum number of required immunizations and who are not exempt pursuant to the regulations.



**Preescolar - 12.º Grado – Certificado Religioso de Excepción de Vacunas
Para uso en escuelas públicas, privadas y charter**



Programa de vacunación estatal de Nevada · 4150 Technology Way Suite 210 ·
Carson City, NV 89706 <http://dpbh.nv.gov/Programs/Immunizations/> · (775)
684-5900 · nviz@health.nv.gov

Instrucciones para completar un Certificado Religioso de Excepción de Vacunas

Sección 1: Ingrese la información de la escuela y del/de la estudiante.

Sección 2: El padre o madre/tutor o el/la estudiante (si el/la estudiante es mayor de 18 años de edad) debe colocar sus iniciales, firma y fecha.

Sección 3: Solo para uso de la escuela. Obtenga las firmas de la escuela y fecha.

**Padres / Tutores: Favor de
entregar este formulario a
la escuela de su niño.**

Sección 1: Información de la escuela y del/de la estudiante.				
Nombre de la escuela (que acepta la excepción)	Calle y número	Ciudad	Código Postal	Teléfono
Nombre del/de la estudiante		Fecha de nacimiento	Grado/Nivel	
Calle y número		Ciudad	Código Postal	Teléfono
Sección 2: Excepciones de vacunas (debe completarse por el padre o madre/tutor, o estudiante, si el/la estudiante es mayor de 18 años de edad)				

Solicito que el/la estudiante anterior sea exentado de la vacuna (o vacunas) marcada a continuación, con base en mis creencias religiosas:

- ☐ DTaP/Tdap ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ IPV
☐ MenACWY ☐ MMR ☐ Td/Tdap ☐ Varicela

Entiendo los riesgos de rechazar la vacunación con base en mis creencias religiosas. Sé que puedo
revisitar este asunto en cualquier momento y obtener las vacunas requeridas.

_____ Iniciales	Entiendo el riesgo de contraer la(s) enfermedad(es) que la(s) vacuna(s) previene.
_____ Iniciales	Entiendo el riesgo de transmitir la(s) enfermedad(es) a otras personas.
_____ Iniciales	Entiendo que si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacuna, el/la estudiante exento/a podría ser excluido de la escuela por el jefe administrativo de la escuela por un periodo de tiempo determinado por la División de Salud Pública y del Comportamiento de Nevada con base en el análisis de cada caso en particular o del riesgo a la salud pública.
_____ Iniciales	Entiendo que este formulario debe entregarse anualmente con base en el calendario de matriculación establecido por el distrito escolar, la escuelas charter, o la escuela privada.

Firma del padre o madre/tutor, o
estudiante (si el estudiante es mayor de
18 años de edad)

Fecha

Sección 3: Solo para uso oficial de la escuela. Por favor, incluya la fecha y firmas.	
_____ Firma del/de la Enfermero/a o Designado	_____ Fecha
_____ Firma del Consejo escolar o Designado	_____ Fecha
Es responsabilidad del jefe administrativo de la escuela asegurar el cumplimiento con las reglas. El jefe administrativo de la escuela deberá excluir a estudiantes que no hayan recibido el número mínimo de vacunas requeridas y que no estén exentos en conformidad con las reglas.	