

Formulario de rechazo para reclamar una exención de los requisitos de vacunación contra COVID-19

Utilice este formulario para reclamar una exención y compártalo con su empleador-destinatario (consumidor/familia).

Nombre del empleado: _____

Exento debido a una de las razones siguientes:

- Debido a una afección médica que califica
- Debido a una creencia o práctica religiosa sincera

Exención religiosa

Proporcione una breve declaración para respaldar su afirmación de exención religiosa del requisito de vacunación contra COVID-19.

Exención médica

Las exenciones médicas para la vacuna contra COVID-19 requieren que el empleado proporcione una certificación por escrito de un proveedor médico tratante con licencia [un médico (MD o DO), practicante de enfermería (NP) o asistente médico (PA)], de una de las siguientes:

1. La contraindicación correspondiente de los CDC para la vacuna contra COVID-19, o
2. La contraindicación correspondiente que se encuentra en el prospecto del fabricante de la vacuna contra COVID-19, o
3. Una declaración de que la afección física de la persona o las circunstancias médicas relacionadas con la persona son tales que la inmunización no se considera segura, indicando la naturaleza específica y la duración probable de la afección física o las circunstancias médicas que contraindiquen la inmunización con la vacuna para COVID-19.

Formulario de rechazo para reclamar una exención de los requisitos de vacunación contra COVID-19

Nombre del proveedor médico: _____

Información de contacto del proveedor médico:

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

No debería vacunarme contra COVID-19 por la(s) siguiente(s) razón(es). Su proveedor médico debe proporcionar una certificación de las razones de la solicitud de exención.

- Tengo antecedentes de reacciones alérgicas previas que indican una reacción de hipersensibilidad inmediata a un componente de la vacuna.
- Mi afección física o mis circunstancias médicas son tales que la inmunización no se considera segura. Mi proveedor médico indicará la naturaleza específica y la duración probable de la afección física o las circunstancias médicas que contraindican la inmunización con la vacuna para COVID-19.

Verificación y exactitud

Verifico que la información que presento en apoyo de mi solicitud de exención es completa y precisa a mi leal saber y entender.

También entiendo que mi solicitud de exención podría no ser concedida si no es razonable, si representa una amenaza directa para la salud y/o la seguridad de otros en el lugar de trabajo y/o para mí, o si crea una dificultad indebida para el consumidor/familia a quien se atiende.

Por la presente certifico que las declaraciones aquí contenidas son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Entiendo que, si a sabiendas hago declaraciones falsas en este documento, estaré sujeto a las sanciones que prescriban los estatutos u ordenanzas correspondientes. ENTIENDO QUE ES UN DELITO SEGÚN LA LEY FEDERAL PROPORCIONAR DOCUMENTACIÓN FALSA A UNA AGENCIA GUBERNAMENTAL.

Firma del empleado: _____

Fecha: _____