



# Universidades– Certificado Excepción Religiosa de Vacunas

## Para uso en universidades

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](mailto:nviz@health.nv.gov)

### Instrucciones para completar un Certificado Excepción Religiosa de Vacunas

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

**Sección 2:** Cuento con el padre o madre/tutor o el estudiante (si el estudiante tiene 18 años o más) para que ponga sus iniciales, firma y fecha.

**Sección 3:** Solo para el uso de la universidad: Obtenga las firmas de la universidad y fecha.

<b>Sección 1: Información de la universidad y del/de la estudiante</b>				
Nombre de la universidad (que acepta la excepción)	Calle y número	Ciudad	Código Postal	Teléfono
Nombre del/de la estudiante:		Fecha de nacimiento	NSHE ID#	
Calle y número		Ciudad	Código Postal	Teléfono
<b>Sección 2: Exenciones de vacunación (a ser completado por el padre o madre/tutor, o estudiante, si el/la estudiante tiene 18 años de edad o más)</b>				

Certifico que el/la estudiante mencionado anteriormente está solicitando una exención de la(s) vacuna(s) indicadas a continuación debido a que sus creencias religiosas prohíben las vacunas:

MenACWY    MMR    Td/Tdap    COVID-19

Recibir la serie de vacunas en contra del COVID-19 viola mi sincera creencia (o creencias) religiosa, de la siguiente forma:

---



---



---

Entiendo los riesgos de negarme a la vacunación con base en mis creencias religiosas. Sé que puedo revisar este asunto en cualquier momento y completar 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 comunidad universidad y/o estatal universidad por el jefe administrativo de la universidad 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 la universidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o madre/tutor o estudiante  
(si el estudiante tiene 18 años de edad o más).

\_\_\_\_\_  
Fecha

<b>Sección 3: Solo para uso oficial del colegio/universidad: por favor, incluya la fecha y firmas</b>	
_____ Firma del funcionario de matriculación o designado	_____ Fecha
Es responsabilidad del jefe administrativo de la universidad asegurar el cumplimiento con las reglas. El jefe administrativo de la universidad deberá excluir a estudiantes que no hayan recibido el número mínimo de vacunas requeridas y que no estén exentos en conformidad con las reglas.	