**SOLICITUD DE EXENCIÓN** **POR CREENCIAS PERSONALES O RELIGIOSAS** **DEL ESTUDIANTE SOBRE LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19**

**De acuerdo con el anuncio** **del gobernador el 1 de octubre del 2021 que ordena al CDPH promulgar regulaciones para el mandato de vacunación, incluyendo el alcance de las exenciones y en espera de cualquier orientación actualizada de nuevas regulaciones o nuevas legislaciones, SCUSD permitirá Exenciones de Creencias Personales debidamente documentadas con el requisito de pruebas regulares y rutinarias de COVID-19.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL ESTUDIANTE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)** | **FECHA DE NACIMIENTO**  | **# DE TELÉFONO** | **CORREO ELECTRÓNICO** |
|        | 00/00/0000 | 000-000-0000 |       |
| **NOMBRE DEL PADRE/TUTOR** | **DOMICILLIO:**  |
|  | **# DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE:**  |
| **El padre/tutor debe asegurarse de que la sección A o B se llene completamente.** |
| **A. CREENCIAS PERSONALES:**  PROFESIONAL DE LA SALUD AUTORIZADO CON LICENCIA EN CALIFORNIA Y PADRE/TUTOR - COMPLETE ESTA SECCIÓN |
| Soy un (marque uno):[ ]  M.D/D.O. [ ]  Enfermera/o Autorizada/o [ ]  Asistente Médico [ ]  Médico Naturopático  |
| Estipulación de información: He proporcionado al padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente, al adulto que ha asumido la responsabilidad del cuidado y custodia del estudiante o al estudiante si es un menor emancipado, información sobre 1) los beneficios y riesgos de la vacuna contra el COVID-19 y 2) los riesgos para la salud del estudiante y para la comunidad por el COVID-19 para los cuales se requiere la vacuna en SCUSD. |
| **FIRMA FÍSICA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD AUTORIZADO** |  **NOMBRE DEL PROFESIONAL, DOMICILIO, NÚMERO DE TELÉFONO:** |
|  |       |
| **FECHA - dentro de los 6 meses antes de ingresar al cuidado infantil o a la escuela**  |
| 00/00/0000 |
|  |
| **B.**  **CREENCIAS RELIGIOSAS:**  [ ]  **Creencias religiosas:** Soy miembro de una religión que me prohíbe buscar consejo médico o tratamiento de profesionales de la salud autorizados. (No se requiere la firma de un profesional de la salud en la Parte A.) He registrado a mi estudiante para las pruebas regulares y rutinarias de COVID. |
| **FIRMA FÍSICA DEL PADRE O TUTOR** | **FECHA - dentro de los 6 meses antes de ingresar al cuidado infantil o a la escuela**  |
|  | 00/00/0000 |
| **El padre/tutor debe llenar esta sección completamente** |
| **DECLARACIÓN JURADA (debe completarse)**Vacunación contra el COVID-19 para la que se solicita la exención: Un estudiante no inmunizado y los contactos del estudiante en la escuela y en el hogar tienen un mayor riesgo de enfermarse con COVID-19. Entiendo que un estudiante no inmunizado puede ser excluido de asistir a la escuela o al cuidado infantil durante un brote de, o después de la exposición a COVID-19 para la protección del estudiante y otros. Por la presente, solicito la exención del estudiante nombrado anteriormente de la vacuna COVID-19 porque dicha inmunización es contraria a mis creencias y doy fe de que mi estudiante está registrado para las pruebas regulares y rutinarias de COVID-19. |
| **FIRMA FÍSICA DEL PADRE O TUTOR** | **FECHA** |
|  | 00/00/0000 |
| Los procedimientos para mantener la confidencialidad de los registros de los estudiantes deben ser consistentes con las leyes estatales y federales. Vea la Política de la Junta Directiva/Reglamento Administrativo 5121 (Registros de los Estudiantes).SCUSD 10/15/2021 |