



VACUNA COVID-19: EXENCIÓN POR CONTRAINDICACIÓN MÉDICA (ESTUDIANTES)

Conforme lo dispuesto en el Artículo 5 de la Ley Núm. 25 del 25 de septiembre de 1983, según enmendada, conocida como la "Ley de Inmunizaciones Compulsorias a los Niños Preescolares y Estudiantes en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico", no se requerirá el certificado de vacunación contra el COVID-19 para efectos de la educación presencial a aquel estudiante que presente una certificación firmada por un médico autorizado a ejercer la profesión en Puerto Rico en la cual el médico especifique la contraindicación médica para recibir la vacuna contra el COVID-19 requerida por el Secretario de Salud. En virtud de ella, se requerirá presentar ante las autoridades correspondientes una solicitud para la exención por contraindicación médica. Este formulario deberá ser completado en letra legible.

Ningún estudiante está obligado a recibir la vacuna contra COVID-19 si tiene una contraindicación médica.

Información del Padre/Madre/Tutor

Información del Estudiante/Escuela

Form fields for Name, Address, and Telephone of parent and student/school information.

Para ser completado por un médico autorizado a ejercer su profesión en Puerto Rico

Form fields for doctor name, license number, contraindication details, and signature/checkboxes.

Sección del Padre, Madre o Tutor

- 1. Entiendo y soy consciente de que la "Exención por Contraindicación Médica" es válida por el periodo indicado...
2. He leído las disposiciones de la Ley de Inmunizaciones Compulsorias...
3. Este formulario deberá ser completado con la información correspondiente...

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

Personal de instituciones educativas: Favor de enviar una copia de este formulario al Departamento de Salud vía por correo postal a: Departamento de Salud, División de Vacunación, PO Box 70184, San Juan, PR 00936-8184; por correo electrónico: crisperez@salud.gov.pr, jackelyn.garcia@salud.pr.gov