DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

DECLARACIÓN JURADA
SOBRE EXENCIÓN A VACUNAR POR RAZONES RELIGIOSAS (ESTUDIANTES)

Yo,_____, mayor de edad,_____, _____
(Nombre padre, madre o tutor) (Estado Civil) (Profesión)
y vecino(a) de_____, Puerto Rico, bajo juramento declaro lo siguiente:

1. Que mi nombre y demás circunstancias personales son las antes expresadas.
2. Que yo, _____, suscribo esta declaración en calidad de _____
(Nombre) (Madre, Padre o Tutor)
del menor_____.
(Nombre estudiante o niño preescolar)
3. Que eximo a mi hijo o tutelado de los requisitos de vacunación contra las siguientes enfermedades para asistir a la escuela, universidad, centro de cuidado diurno o centro de tratamiento social:

_ DTaP	____ MMR	____ Hib	__ Varicella	____ Meningococo
_ Polio	____ Hep. B	____ Pneumococo	__ VPH	____ Tdap

4. Que he leído las disposiciones sobre la vacunación que rigen en la jurisdicción de Puerto Rico y entiendo los riesgos de no vacunar a mi hijo o tutelado.
5. Que se suscribe esta declaración a los fines de solicitar una "Exención a Vacunar por Razones Religiosas", por las siguientes sinceras creencias religiosas:
_____
_____
_____
_____.
6. Que hemos leído las disposiciones de la Ley Núm. 25 de 25 de septiembre de 1983 y entiendo las sanciones que impone la misma por suministrar información falsa al registrador de la escuela o al director de un centro de cuidado diurno o centro de tratamiento social.
7. Que todo lo aquí expuesto es la verdad y nos consta de propio y personal conocimiento.

En_____, Puerto Rico, hoy,_____de_____de_____.

_____
(Firma del Padre, Madre o Tutor)

AFFIDAVIT: _____

Jurado y suscrito ante mí por_____padre / madre o encargado del menor _____, de las circunstancias ante mencionadas, a quien doy fe conocer personalmente o de haber identificado mediante _____ _____.

En_____, Puerto Rico, hoy_____de_____de_____.

NOTARIO PÚBLICO