



Medical Exemption from Immunizations

STUDENT NAME: _____ DOB: _____

SCHOOL: _____ GRADE: _____

I am a physician (MD or DO), duly registered and licensed to practice medicine in the United States, who has examined the above named child.

It is my opinion that the vaccine required is medically contraindicated or poses a significant risk to the health and well-being of the child or any member of the child's household due to:

Please check only one:

- This is a lifelong condition and therefore a lifelong exemption.
- This is not a lifelong condition and is valid for one calendar year from date signed. (25TAC §97.62).

Please indicate the vaccine that the child is medically exempt from:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DTaP/DT/Tdap/Td | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> HIB |
| <input type="checkbox"/> Varicella | <input type="checkbox"/> Pneumococcal |
| <input type="checkbox"/> Meningococcal | |

(Physician Signature)

(Print Name)

(Date)

(Phone)



La exención médica de las vacunas

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESCUELA: _____ GRADO: _____

Soy un médico (MD o DO), debidamente inscrito y licenciado para practicar la medicina en Los Estados Unidos de América, quién ha examinado al niño nombrado anteriormente.

En mi opinión la vacuna requerida es médicamente contraindicada o representa un riesgo considerable para la salud y el bienestar del niño o de algún miembro del hogar del niño debido a que:

Favor de marcar solamente uno:

- ES un padecimiento de por vida y por lo tanto una exención de por vida
- No es un padecimiento de por vida y la exención es válida por un año fiscal a partir de la fecha en que se firmó. (25TAC §97.62)

Favor de indicar la vacuna que el niño está medicamento exento de recibir:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DTaP/DT/Tdap/Td | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> HIB |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Pneumococcal |
| <input type="checkbox"/> Meningococcal | |

(Physician Signature)

(Print Name)

(Date)

(Phone)