|  |  |
| --- | --- |
| OFICINA DEL DIRECTOR  Oficina del Director de Salud Pública del Estado | Oregon Health Authority logo |
|  |

# Formulario de solicitud de excepción médica a la vacuna contra el COVID-19

**Instrucciones:** consulte las [Instrucciones para llenar el formulario de excepción médica a la vacuna contra el COVID-19 Formulario de solicitud](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/ls3871a.pdf). Si usted está solicitando una excepción al requisito de vacunación contra el COVID-19 por razones médicas, debe llenar este formulario y **presentarlo a su empleador o a otra persona responsable.**

**NO ENVÍE ESTE FORMULARIO AL OREGON HEALTH AUTHORITY.**

Solicito una excepción a la vacuna contra el COVID-19 con base en una afección física o mental diagnosticada que limita mi capacidad para recibir la vacuna contra el COVID-19,   
tal como lo certifica mi proveedor de servicios médicos a continuación.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la persona: | Fecha de nacimiento: |
| Número de teléfono: | |
| Firma: | Fecha: |
| Empleador/organización: | Puesto de trabajo/cargo: |

Tenga en cuenta de que, si se aprueba su solicitud de excepción, es posible que su empleador u otra parte responsable le solicite tomar medidas extra para protegerse a sí mismo y a otros de contraer y propagar el COVID-19. Los lugares de trabajo no están obligados a proporcionar esta adaptación de excepción si hacerlo supondría una amenaza directa para la persona exceptuada o para otras personas en el lugar de trabajo o crearía una dificultad indebida.

## Declaración de un proveedor de servicios médicos

Su paciente, nombrado anteriormente, ha solicitado una excepción a la vacuna contra el COVID-19 debido a una afección médica. Por favor, proporcione la siguiente información   
a continuación.

## Por favor, marque una opción a continuación según corresponda y complete las preguntas relacionadas:

El paciente no debe recibir la vacuna contra el COVID-19 debido a una afección médica.

¿Cuál es la afección médica que les impide recibir la vacuna contra   
el COVID-19?

Sí  No ¿La afección médica es permanente?

Sí  No ¿La afección médica es temporal? Si es así, ¿cuál es la   
duración esperada?

Por favor, describa cómo esta afección médica afecta a su capacidad para recibir la vacuna contra el COVID-19.

El paciente no puede recibir un determinado tipo de vacuna contra el COVID-19.   
El paciente puede recibir una vacuna fabricada por      .

El paciente puede recibir una vacuna contra el COVID-19.

Certifico que la información anterior es verdadera y exacta.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre en letra de molde del proveedor de servicios médicos: | Fecha: |
| Firma del proveedor de  servicios médicos: | Dirección del trabajo: |
| Número de teléfono del trabajo: |

**Accesibilidad al documento:** para las personas con discapacidades o que hablen un idioma distinto al inglés, el Oregon Health Authority (OHA, por sus siglas en inglés) les puede proporcionar información en formatos alternativos como traducciones, en letra grande o braille. Comuníquese con el Centro de Información de Salud llamando al 1-971-673- 2411, 711 TTY o [COVID19.LanguageAccess@dhsoha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsoha.state.or.us).