

## COVID-19 Solicitud de Exención Medica

Nombre: \_\_\_\_\_ #ID: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre de Medico con licencia MD, DO, PA, NP) certifico que la persona alistada anterior tiene una condición médica que sería una contraindicación a él/ella/ellos de recibir la vacuna contra COVID-19.

Por favor de marcar la caja apropiada y incluir una descripción de la contraindicación:

- La aplicable CDC contraindicación a la vacuna, u
- La aplicable contraindicación inscrita del fabricante de la vacuna

**Requerido: Descripción de contraindicación que reúne uno de los dos criterios adjuntos:**

Esta contraindicación es:  Permanente u  Temporal

Si temporal, la fecha de exención expira: \_\_\_\_\_

Firma de Proveedor Medico con licencia

Fecha

Sello Oficial (Requerido)

Certificación Escrita del Proveedor Medico

MD/DO/PA/NP

Numero de Licencia Médica: \_\_\_\_\_

***Basado en mi condición médica, estoy solicitado una exención médica en conexión con el mandato del colegio Hartnell de vacunas contra COVID-19.***

***En caso de que mi solicitud para Exención Medica sea aprobada, me someteré al requisito de pruebas de Covid-19 según determine el Colegio Hartnell.***

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha