

Póliza de vacunación contra el COVID-19 de USC

El profesorado y el personal de USC deben presentar una prueba de vacunación contra el COVID-19. El profesorado y el personal pueden solicitar una exención si no pueden recibir la vacuna por contraindicación médica o por motivos de discapacidad o religiosos (hay un formulario aparte para las adaptaciones por motivos religiosos).

*Puede encontrar una lista de contraindicaciones médicas reconocidas para la vacunación en el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/different-vaccines.html>
Si es menor de 18 años, esta declaración debe ser proporcionada y firmada por el/la padre/madre/tutor.*

Nombre y apellidos _____ Fecha de nacimiento: _____ ID de USC (10 dígitos): _____

- Exención por contraindicación:** la persona identificada anteriormente presenta una contraindicación médica reconocida por los CDC para la vacunación contra el COVID-19.
- Aplazamiento:** la persona identificada solicita un aplazamiento de la vacunación por incapacidad temporal para recibir la vacuna contra la COVID-19 (por ejemplo, debido a la recepción de anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente para el tratamiento contra el COVID-19 en los últimos 90 días, embarazo o lactancia).

Nota: *las mujeres embarazadas y las que han estado embarazadas recientemente son más propensas a contraer enfermedades graves o sufrir un parto prematuro al contraer el COVID-19, en comparación con las mujeres no embarazadas. Si está embarazada o en período de lactancia, puede vacunarse contra el COVID-19.*

Vacunarse contra el COVID-19 durante el embarazo puede protegerle de enfermedades graves y un parto prematuro a causa de la COVID-19. CDC, actualizado el 29 de junio de 2021

Vencimiento del aplazamiento: _____

- Exención Médica:** certifico que la persona identificada anteriormente no puede vacunarse contra el COVID-19 de manera segura debido a una condición médica. Es posible que le contactemos para que proporcione información adicional sobre la enfermedad.

(Continúa en la próxima página)

(Continuación de la página anterior)

Nombre del proveedor sanitario (en letra de imprenta): _____ **MD, DO, PA or NP**
(marque con un círculo)

Licencia núm.: _____ **Dirección:** _____

Número de teléfono: _____

Nombre/sello del médico (si lo hubiera): _____

Firma del proveedor sanitario autorizado: _____ **Fecha:** _____

Atestación de la persona interesada (padre/madre/tutor si es menor de 18 años)

Al firmar esta solicitud de exención médica, la persona interesada, y si es menor de edad, su padre, madre o tutor legal, declara que no puede vacunarse contra el COVID-19 debido a la contraindicación médica arriba indicada. La persona interesada y, si es menor de edad, su padre, madre o tutor legal, es consciente de que una persona no vacunada corre mayor riesgo de enfermar de COVID-19.

Si el motivo arriba seleccionado corresponde a una contraindicación médica, si/cuando la persona interesada deja/deje de presentar dicha contraindicación médica para la vacunación contra el COVID-19, acepta recibir la vacunación contra el COVID-19 y presentar un certificado de vacunación.

El abajo firmante entiende esta Solicitud de exención médica y se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas al respecto. El abajo firmante corrobora la veracidad y exactitud de las declaraciones en esta Solicitud de exención médica.

Firma: _____

Firma del padre/madre/tutor (si la persona es menor de 18 años): _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL

Fecha de recepción: _____

Fecha de aprobación: _____

Fecha de denegación: _____

Nombre del revisor (letra de imprenta): _____

Firma del revisor: _____