

**Solicitud de exención de la vacuna contra el COVID-19**

**Instrucciones:**

- El empleado debe completar y firmar la Sección de información del solicitante.
- En el caso de una solicitud de exención médica, el médico del empleado debe completar y firmar la Sección de contraindicaciones médicas del paciente.
- En el caso de una solicitud de exención por motivos religiosos, se deberán detallar las creencias religiosas auténticas del empleado y su oposición a los requisitos de vacunación. Una declaración respaldatoria del líder religioso del empleado será de utilidad al evaluar la solicitud de exención.

**Sección de información del solicitante**

Nombre	Puesto	Departamento	Fecha de la solicitud

**Constancia de comprensión del solicitante:**

- Entiendo que el centro requiere que todo el personal de salud (empleados, personal médico, voluntarios, estudiantes y contratistas) se vacune contra el COVID-19, a menos que se le haya otorgado una exención.
- La vacuna contra el COVID-19 se recomienda para mí y para el resto del personal de salud con el fin de proteger a nuestros residentes del COVID-19, sus complicaciones y el riesgo de muerte que conllevan.
- Es probable que tenga exposición al coronavirus en la comunidad y podría traer la enfermedad al entorno de atención médica.
- Si contraigo COVID-19, propagaré el virus por varios días antes de presentar síntomas de esa enfermedad. La propagación del virus puede hacer que los residentes de este centro, mis colegas y familia se contagien de COVID-19.
- Si me infecto con COVID-19, incluso si mis síntomas son leves o inexistentes, puedo contagiar a otros y que se enfermen gravemente.
- Entiendo que las vacunas contra el COVID-19 se encuentran disponibles como inyección.
- Las consecuencias de no vacunarse pueden ser potencialmente mortales para mi salud y la de personas con quien tengo contacto, entre ellas los residentes, mis compañeros de trabajo, mi familia y mi comunidad.
- Entiendo que todos los puestos y lugares de trabajo del Centro conllevan el potencial de exponer a la comunidad al COVID-19, por lo que todo el personal debe vacunarse.
- Reconozco que el Centro requiere como condición para el empleo otras vacunas, entre ellas las vacunas contra la rubeola, el sarampión, la varicela, la influenza y la tuberculosis.
- Entiendo que si se me otorga esta exención se me requerirá que use equipo de protección personal (EPP) en todo momento mientras me encuentre en el Centro. Si no uso el EPP, podré ser objeto de medidas disciplinarias e incluso ser despedido.

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

**Constancia del solicitante**

Con conocimiento de lo anterior, solicito se me otorgue una exención a la vacunación contra el COVID-19 por el siguiente motivo

(marque uno): \_\_\_\_\_ Exención médica \_\_\_\_\_ Exención religiosa

Con mi firma a continuación, confirmo y reconozco lo siguiente:

- Leí y entiendo por completo la información que se incluye en el presente formulario.
- Entiendo que mi solicitud de exención puede no aprobarse si no es razonable o si genera dificultades excesivas para mi empleador, o si es probable que provoque daños a los residentes o al personal.
- Entiendo que toda información falsa o incompleta en este formulario generará medidas correctivas que pueden incluir la finalización de la relación laboral por falsificación de registros.
- Presto mi consentimiento para que esta información se divulgue según se determine como necesario para que el Centro actúe/cumpla con mi solicitud.

Nombre en letra de imprenta:	Firma:	Fecha:

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

*Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.*

**Sección de contraindicaciones médicas del paciente (completar en caso de exención médica)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**Certifique las contraindicaciones para recibir la vacuna contra el COVID-19 que corresponden al paciente**

Afección médica agravada por la vacuna contra el COVID-19

Descripción de las afecciones médicas	
Describa cómo la vacuna contra el COVID-19 agrava las afecciones médicas.	

**Proceso de verificación/certificación médica**

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sección de doctrina religiosa (completar en caso de exención por motivos religiosos)**

Nombre del empleado \_\_\_\_\_

El Centro requiere como condición para el empleo que todos los empleados tengan cierta inmunidad. Para trabajar en nuestra organización, los empleados deben vacunarse contra el COVID-19. El empleado anteriormente mencionado solicitó una exención por motivos religiosos para no recibir la vacuna requerida. En un esfuerzo por respetar todas las libertades religiosas y adaptarnos a las creencias de nuestros empleados, solicitamos su ayuda para entender mejor la doctrina de su comunidad religiosa en relación con la vacunación individual. Ayude al Centro a confirmar que la doctrina de su comunidad religiosa prohíbe de manera específica la vacuna contra la COVID-19. Buscamos que nos describa la doctrina escrita de su grupo religioso y también toda documentación respaldatoria que valide los preceptos doctrinales de su denominación.

Nombre de la denominación religiosa o el grupo de culto establecido:	
Describa brevemente la doctrina de su grupo religioso que prohíbe la vacunación	

**Adjunte la documentación respaldatoria de su credo o la declaración doctrinal de su religión que prohíba explícitamente las vacunas.**

**Información del líder religioso (opcional, para que se contemple en la evaluación de la solicitud):**

Nombre del líder religioso: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Firma del líder religioso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

*Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.*