

## 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](#). 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@dhsosha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us).