



Education for Change Public Schools

Requisito de que todos los estudiantes de Education for Change Public Schools (EFCPS) (12 años de edad y más) se vacunen completamente contra la COVID-19
FORMULARIO DE EXENCIÓN

La política de la Mesa Directiva 5141.29 - COVID-19 Requisito de vacunas para estudiantes ("BP 5141.29") requiere que todos los estudiantes del EFCPS de 12 años de edad en adelante estén completamente vacunados para poder asistir a cualquier escuela presencial a menos que aplique una exención.

*Este formulario es necesario para poder optar a la **exención por motivos médicos** o a la **exención por creencias personales**.*

Parte 1: Información del estudiante y de padres/madres/tutores - A completar por padre/madre/tutor (Favor de tener en cuenta que no responder a cada una de las preguntas puede invalidar la solicitud de exención).

Nombre de estudiante: _____

ID de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de escuela: _____

Nombre de padre/madre/tutor: _____

Teléfono de padre/madre/tutor: _____ Correo electrónico: _____

Parte 2: Solicitud de exención y declaración - A ser completada por padre/madre/tutor. (Favor de tener en cuenta que padre/madre/tutor tiene que seleccionar una exención y tiene que revisar y firmar ambas partes a continuación para que EFCPS considere la solicitud de exención).

Yo, padre/madre/tutor arriba mencionado, solicito que se le otorgue al estudiante arriba mencionado el siguiente tipo de exención al requisito bajo la BP 5141.29 de que todos los estudiantes de EFCPS (12 años de edad y más) estén completamente vacunados para poder asistir a cualquier escuela presencial. (Por favor complete formularios separados para solicitar ambas exenciones).

Exención médica (el proveedor médico debe completar la parte 3A)

Exención por creencias personales (el proveedor médico debe completar la parte 3B)

Firma de padre/madre/tutor: _____

Yo, padre/madre/tutor arriba mencionado, atestiguo que he recibido información sobre los riesgos y beneficios de todas las vacunas COVID-19 disponibles para el estudiante arriba mencionado y aún así presento esta solicitud de exención.

Firma de padre/madre/tutor: _____

Part 3A: Medical Exemption Affidavit - To Be Completed By Licensed Medical Provider

I, the undersigned, licensed medical provider, hereby certify, under penalty of perjury, that each of the following statements are true and correct:

- I am a medical provider properly licensed to currently practice in the State of California.
- I have examined the below named Student on the below date.
- **I have determined, based on my medical expertise, that the below named Student has a physical condition or medical circumstance such that receiving any of the available COVID-19 vaccines (including those vaccines authorized for emergency use) would be considered unsafe.**
- The following information is accurate.

Student Name: _____

Parent/Guardian Name: _____

Student Date of Birth: _____ Date of Consultation: _____

Name of Licensed Medical Provider: _____

Type of Licensed Medical Provider: Doctor of Medicine ("MD")
 Doctor of Osteopathic Medicine ("DO")

License # for Licensed Medical Provider: _____

Licensed Medical Provider Phone: _____

Licensed Medical Provider Email: _____

Signature of Licensed Medical Provider: _____ Date: _____

| |
|------------------------------|
| <u>For Internal Use Only</u> |
|------------------------------|

Incomplete forms will not be accepted. Forms must include legible name, address, phone number and license number for the medical signatory, who may be contacted by the District to confirm their approval of the consent form.

**Part 3B: Personal Belief Exemption Affidavit - To Be Completed By Medical Provider
Attestation to the Provision of COVID-19 Information to Patient**

I, the undersigned, licensed medical provider, hereby certify, under penalty of perjury, that each of the following statements are true and correct:

- I am a medical provider properly licensed to currently practice in the State of California.
- On the below date, I have informed the below named Parent/Guardian that the available COVID-19 vaccines (including those vaccines authorized for emergency use) are safe and effective according to the FDA and CDC guidance linked herein.
- On the below date, I also have provided the below named Parent/Guardian with information regarding (1) the benefits and risks of receiving any of the available COVID-19 vaccines (including those vaccines authorized for emergency use) and (2) the health risks to the student and to the community of COVID-19.
- The following information is accurate.

Student Name: _____

Parent/Guardian Name: _____

Student Date of Birth: _____ Date of Consultation: _____

Name of Licensed Medical Provider: _____

Type of Licensed Medical Provider: Doctor of Medicine ("MD")
 Doctor of Osteopathic Medicine ("DO")

License # for Licensed Medical Provider: _____

Licensed Medical Provider Phone: _____

Licensed Medical Provider Email: _____

Signature of Licensed Medical Provider: _____ Date: _____

For Internal Use Only

Incomplete forms will not be accepted. Forms must include legible name, address, phone number and license number for the medical signatory, who may be contacted by the District to confirm their approval of the consent form.

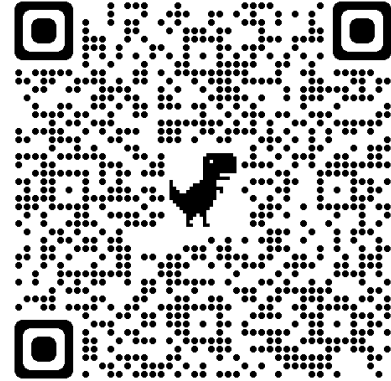
Información de la FDA sobre pruebas y aprobación de vacunas:

<https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/emergency-use-authorization-vaccines-explained>

¿Se han probado rigurosamente las vacunas contra la COVID-19?

Sí. Los ensayos clínicos están evaluando las vacunas COVID-19 bajo investigación en decenas de miles de participantes en el estudio para generar los datos científicos y otra información que necesita la FDA para determinar la seguridad y la eficacia. Estos ensayos clínicos se están llevando a cabo de acuerdo con las rigurosas normas establecidas por la FDA.

Inicialmente, en la fase 1, la vacuna se administra a un pequeño número de personas generalmente sanas para evaluar su seguridad en dosis crecientes y obtener información temprana sobre la eficacia de la vacuna para inducir una respuesta inmunitaria en las personas. Si los estudios de fase 1 no plantean problemas de seguridad, los estudios de fase 2 incluyen a más personas, en los que se prueban diversas dosis en cientos de personas con estados de salud típicamente diversos y de diferentes grupos demográficos, en estudios controlados aleatoriamente. Estos estudios proporcionan información adicional sobre la seguridad de los efectos secundarios y riesgos comunes a corto plazo, examinan la relación entre la dosis administrada y la respuesta inmunitaria, y pueden proporcionar información inicial sobre la eficacia de la vacuna. En la fase 3, la vacuna se administra generalmente a miles de personas en estudios aleatorizados y controlados en los que participan amplios grupos demográficos (es decir, la población a la que se destina la vacuna) y genera información crítica sobre la eficacia e importantes datos de seguridad adicionales. Esta fase proporciona información adicional sobre la respuesta inmunitaria en las personas que reciben la vacuna en comparación con las que reciben un control, como un placebo.



Información del CDC sobre la eficacia de las vacunas:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/adolescents.html>

- Las vacunas COVID-19 son seguras y eficaces.
- Las vacunas COVID-19 se han utilizado bajo el control de seguridad más intenso de la historia de Estados Unidos, que incluye estudios en adolescentes.
- Su estudiante necesitará una segunda inyección de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech 3 semanas después de la primera.
- Los niños y adolescentes reciben la misma dosis de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech que los adultos. No hay requisitos de peso del paciente para la vacunación contra la COVID-19, y la dosis de la vacuna COVID-19 no varía según el peso del paciente.



- Su hijo no puede contraer COVID-19 de ninguna vacuna de COVID-19, incluida la vacuna de Pfizer-BioNTech.
- Su hijo puede recibir la vacuna COVID-19 y otras vacunas en la misma visita o sin esperar 14 días entre las vacunas.