



Refusal to Consent to Child & Adolescent Vaccination: Birth through 18 years

This is a tool for provider practices to use for documentation in the patient's medical record. This is not an immunization waiver form. Contact your local health department for more information. Remember to document vaccine refusal in the Michigan Care Improvement Registry (MCIR).

Name of child: _____ Date of birth: _____

Name of parent/guardian: _____

My child's health care provider, _____, has advised me that my child (named above) should receive the following vaccines:

Recommended Vaccine	Declined	Reason for Refusal
Diphtheria/Tetanus/Pertussis: DTaP		
Diphtheria/Tetanus: DT or Td		
<i>Haemophilus influenzae</i> type b: Hib		
Hepatitis A: HepA		
Hepatitis B: HepB		
Human Papillomavirus: 9vHPV		
Influenza		
Measles/Mumps/Rubella: MMR		
Meningococcal Conjugate: MenACWY		
Meningococcal B: MenB		
Pneumococcal Conjugate: PCV13		
Pneumococcal Polysaccharide: PPSV23		
Polio: IPV		
Rotavirus: RV		
Tetanus/diphtheria/pertussis: Tdap		
Varicella (chickenpox): Var		
Other:		

I have read the Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) Vaccine Information Statement(s) explaining the vaccine(s) and the disease(s) they prevent. My child's health care provider has explained to me and I understand the following:

- The **purpose** of the recommended vaccine(s).
- The **risks** of disease and the **benefits and potential risks** of the recommended vaccine(s).
- The **possible consequence(s)** of not allowing my child to receive the recommended vaccine(s) may include contracting the illness the vaccine is intended to prevent and spreading the disease to others.
- My child's health care provider, the American Academy of Pediatrics, the American Academy of Family Physicians, the CDC, and the Michigan Department of Health and Human Services **strongly recommend** that the vaccine(s) be given.

My child's health care provider has answered all my questions.

I know that I may change my mind and accept vaccination for my child in the future.

I accept sole responsibility for any consequences that result from my child not being vaccinated.

I acknowledge that I have read this document in its entirety and fully understand it.

Parent/Guardian Signature

Date

Witness

Date





Negación de Consentimiento a la Vacunación Niños y Adolescentes

Nota para el proveedor de atención médica: use este documento cuando un paciente se niega a recibir cualquier vacuna recomendada. Documentélo en el registro médico y recuerde documentar todas las negativas de vacunación en el Registro para Mejora del Cuidado de Salud de Michigan (Michigan Care Improvement Registry).

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/tutor del niño: _____

El proveedor de atención médica de mi hijo, _____, me informó que mi hijo (mencionado anteriormente) debe recibir las vacunas siguientes:

Recomendada	Vacuna	Negada	Motivo de la negativa
	Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP)		
	Difteria, tétanos (DT o Td)		
	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B (Hib)		
	Hepatitis A (Hep A)		
	Hepatitis B (Hep B)		
	Virus del Papiloma Humano (VPH)		
	Influenza		
	Sarampión, paperas, rubéola (MMR)		
	Meningococemia (MCV o MPSV)		
	Vacuna antineumocócica (PCV o PPSV)		
	Polio (IPV)		
	Rotavirus (RV)		
	Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap)		
	Varicela (Var)		
	Otra:		

He leído las Declaraciones de Información sobre Vacunación de los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades donde indican la(s) vacuna(s) y enfermedad(es) que previenen. El proveedor de atención médica de mi hijo me explicó (y entendí) lo siguiente:

- El **objetivo** de vacuna recomendada.
- Los **riesgos y beneficios** de la vacuna recomendada.
- La(s) **posible(s) consecuencia(s)** de no permitir que mi hijo reciba la vacuna recomendada incluyen contraer la enfermedad que la vacuna debía prevenir y transmitir la enfermedad a otros.
- Mi médico, la Academia Americana de Pediatría, la Academia Americana de Médicos de Familia, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan **recomiendan** recibir la(s) vacuna(s).

El proveedor de atención médica respondió a todas mis preguntas. Sé que puedo cambiar de opinión y aceptar la(s) vacuna(s) para mi hijo en el futuro. Asumo la exclusiva responsabilidad de toda consecuencia que surja como resultado de negarme a vacunar a mi hijo. Reconozco que he leído y entendido este documento por completo.

Firma del padre/tutor

Fecha

Testigo

Fecha

He tenido la oportunidad de volver a considerar la decisión de no vacunar a mi hijo y aún me rehúso a aceptar las vacunas recomendadas:

Iniciales del padre _____ Fecha/Hora _____ Iniciales del padre _____ Fecha/Hora _____

Iniciales del padre _____ Fecha/Hora _____ Iniciales del padre _____ Fecha/Hora _____

Iniciales del padre _____ Fecha/Hora _____ Iniciales del padre _____ Fecha/Hora _____

Tenga en cuenta que este documento no es un formulario de exención. Un formulario de exención es un documento que se puede firmar cuando usted se está eximiendo de vacunas que se requieren por el programa escolar y de cuidado infantil. Consulte www.michigan.gov/immunize para obtener más información sobre las exenciones.