

Refusal to Consent to Child & Adolescent Immunization: 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 nonmedical waiver.** Contact your local health department for more information. Remember to document immunization refusal in the Michigan Care Improvement Registry (MCIR).

Name of Child: _____ Child's ID# or DOB: _____

Name of Parent/Guardian: _____

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

Recommended Immunizations		Declined	Reason for Refusal
	COVID-19		
	Diphtheria/Tetanus/Pertussis: DTaP		
	<i>Haemophilus influenzae</i> type b: Hib		
	Hepatitis A: HepA		
	Hepatitis B: HepB		
	Human Papillomavirus: HPV		
	Influenza		
	Measles/Mumps/Rubella: MMR		
	Meningococcal Conjugate: MenACWY		
	Meningococcal B: MenB		
	Pentavalent Meningococcal: MenABCWY		
	Pneumococcal: PCV15, PCV20, PPSV23		
	Polio: IPV		
	Respiratory Syncytial Virus: RSV Vaccine		
	Respiratory Syncytial Virus: Monoclonal Antibody (RSV-mAb)		
	Rotavirus: RV		
	Tetanus/diphtheria/pertussis: Tdap or Td		
	Varicella (Chickenpox): VAR		
	Other:		

I have read the Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) Vaccine Information Statement(s) explaining the immunization(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 immunization(s).
- The **risks** of disease and the **benefits and potential risks** of the recommended immunization(s).
- The **responsibilities** of not being fully immunized.
- The **possible consequence(s)** of not allowing my child to receive the recommended immunization (s) may include contracting the illness the immunization 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 immunization(s) be given.

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

I know that I may change my mind and allow immunization for my child in the future.

I accept sole responsibility for any consequences that result from my child not being immunized. I acknowledge that I have read this document in its entirety and fully understand it.

Parent/Guardian Signature

Date

Witness

Date

Negativa de consentimiento para la inmunización de niños y adolescentes: Desde el nacimiento hasta los 18 años

Esta es una herramienta para que los proveedores documenten información en el expediente médico del paciente. **Esta no es una exención no médica para inmunizaciones.** Póngase en contacto con su departamento de salud local para más información. Recuerde documentar la negativa de la inmunización en el Registro de Mejora del Cuidado de Michigan (MCIR).

Nombre del niño: _____ #ID del niño o fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/tutor: _____

El proveedor de atención a la salud de mi hijo, _____, me recomendó que mi hijo (nombrado anteriormente) debe recibir las siguientes inmunizaciones:

Inmunizaciones recomendadas	Rechazada	Razón del rechazo
COVID-19		
Difteria/Tétanos/Tos ferina DTaP		
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b: Hib		
Hepatitis A: HepA		
Hepatitis B: HepB		
Virus del papiloma humano VPH		
Influenza		
Sarampión/Paperas/Rubéola: MMR		
Conjugada contra el meningococo: MenACWY		
Meningococo B: MenB		
Meningococo pentavalente: MenABCWY		
Neumococo: PCV15, PCV20, PPSV23		
Polio: IPV		
Virus respiratorio sincitial: Vacuna RSV		
Virus respiratorio sincitial: Anticuerpo monoclonal (RSV-mAb)		
Rotavirus: RV		
Tétanos/difteria/tos ferina: Tdap o Td		
Varicela: VAR		
Otra:		

He leído la(s) Declaración(es) Informativa(s) sobre Vacunas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en la(s) que se explica(n) la(s) inmunización(es) y la(s) enfermedad(es) que previenen. El proveedor de atención a la salud de mi hijo me explicó y yo entiendo lo siguiente:

- El **propósito** de la(s) inmunización(es) recomendadas.
- Los **riesgos** de enfermedad y los **beneficios y riesgos potenciales** de las inmunizaciones recomendadas.
- Las **responsabilidades** de no estar completamente inmunizado.
- La(s) **posible(s) consecuencia(s)** de no permitir que mi hijo reciba la(s) inmunización(es) recomendada(s) pueden incluir contraer la enfermedad que la inmunización pretende prevenir y contagiar la enfermedad a otras personas.
- El proveedor de atención a la salud de mi hijo, la Academia Americana de Pediatría, la Academia Americana de Médicos de Familia, los CDC y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan **recomiendan encarecidamente** que se administre(n) la(s) inmunización(es).

El proveedor de atención a la salud de mi hijo respondió todas mis preguntas.

Sé que puedo cambiar de opinión y permitir la inmunización para mi hijo en un futuro.

Soy enteramente responsable de cualquier consecuencia que se genere debido a que mi hijo no esté inmunizado.

Confirmando haber leído este documento en su totalidad y haberlo entendido por completo.

Firma del padre/Tutor

Fecha

Testigo

Fecha