

UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA  
 FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXENCIÓN MÉDICA  
 Adaptación al requisito de vacunación contra el SARS-CoV-2 (COVID-19)

NOMBRE COMPLETO DEL CAMPISTA	FECHA DE NACIMIENTO DEL CAMPISTA
SI EL CAMPISTA ES MENOR DE 18 AÑOS, NOMBRE COMPLETO DEL PADRE/TUTOR DEL CAMPISTA QUE RELLENA ESTE FORMULARIO	
NÚMERO DE TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
NOMBRE TODOS LOS CAMPAMENTOS Y LAS FECHAS A LAS QUE SE ASISTIRÁ (las solicitudes deben presentarse al menos tres (3) semanas antes de la primera fecha del campamento)	
Nombre del campamento: Fecha:	
Nombre del campamento: Fecha:	
Nombre del campamento: Fecha:	

Seleccione la serie de vacunas

Serie inicial	Primer refuerzo
---------------	-----------------

Este formulario debe utilizarse para solicitar una Excepción al requisito de vacunación contra la COVID-19 en la Política del Programa de Vacunación contra la SARSCoV-2 de la Universidad, basada en (a) Exención médica debido a una Contraindicación o Precaución a la vacunación contra la COVID-19 reconocida por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos o por los fabricantes de las vacunas; (b) Exención médica debido a un diagnóstico o tratamiento de la COVID-19 en los últimos 90 días; o (c) Discapacidad.

Rellene la parte A para solicitar una exención médica por contraindicación o precaución. Rellene la parte B para solicitar una exención médica debido a un diagnóstico o tratamiento de COVID-19 en los últimos 90 días. Rellene la parte C para solicitar una excepción por discapacidad. Se puede rellenar más de una sección si procede. Importante: No identifique ningún diagnóstico, discapacidad u otra información médica (aparte del diagnóstico COVID-19 en la Parte B). Esta información no es necesaria para tramitar su solicitud.

### **Parte A: Solicitud de exención médica por contraindicación o precaución**

Las Contraindicaciones o Precauciones a la vacunación con COVID-19 reconocidas por los CDC o por los fabricantes de las vacunas se me aplican con respecto a todas las vacunas COVID-19 disponibles. Por este motivo, solicito una excepción al requisito de vacunación COVID-19 basada en una exención médica. Mi solicitud está respaldada por la certificación adjunta de mi proveedor de atención médica. **Entiendo que algunos departamentos de salud pública locales (de la ciudad o del condado) han emitido órdenes que especifican que la certificación debe ser firmada por un médico, un enfermero o cualquier otro profesional médico autorizado que ejerza bajo la licencia de un médico.**

### **Parte B: Solicitud de exención médica por diagnóstico o tratamiento de COVID-19**

Me han diagnosticado o tratado de COVID-19 en los últimos 90 días. Por este motivo, solicito una excepción al requisito de vacunación COVID-19 basada en una exención médica. Mi solicitud está respaldada por la certificación adjunta de mi proveedor de atención médica. **Entiendo que algunos departamentos de salud pública locales (de la ciudad o del condado) han emitido órdenes que especifican que la certificación debe ser firmada por un médico, un enfermero o cualquier otro profesional médico autorizado que ejerza bajo la licencia de un médico.**

### **Parte C: Solicitud de excepción por discapacidad**

Tengo una discapacidad y solicito una excepción al requisito de vacunación COVID-19 como adaptación a la discapacidad. Mi solicitud está respaldada por la certificación adjunta de mi proveedor de atención médica. **Entiendo que algunos departamentos de salud pública locales (de la ciudad o del condado) han emitido órdenes que especifican que la certificación debe ser firmada por un médico, un enfermero o cualquier otro profesional médico autorizado que ejerza bajo la licencia de un médico.**

Por favor, facilite cualquier información adicional que considere útil para la tramitación de su solicitud. **De nuevo, no identifique su diagnóstico, discapacidad u otra información médica.**

Mientras mi solicitud esté pendiente (si, por ejemplo, no se presenta a tiempo), entiendo que yo/el campista debo/debe cumplir con las Intervenciones No Farmacéuticas (por ejemplo, cubrir la cara, realizar pruebas asintomáticas periódicas) para personas no vacunadas o no totalmente vacunadas como condición para mi Presencia Física o la presencia del Campista en cualquier Ubicación/Instalación o Programa de la Universidad. Estas intervenciones no farmacéuticas requeridas son definidas por las autoridades de salud pública, salud y seguridad ambiental, salud ocupacional o prevención de infecciones de la sede de la UC, incluyendo la Autoridad de Vacunas de la sede. También entiendo que yo/el campista debo/debe cumplir con cualquier intervención no farmacéutica adicional aplicable a las circunstancias o posición de mi persona/el campista, según lo requerido por la ubicación de la UC. Si mi solicitud es concedida, entiendo que yo/el campista deberé/deberá cumplir con las Intervenciones No Farmacéuticas especificadas por la Sede de la UC como condición para mi Presencia Física o la presencia del campista en cualquier Sede/Instalación o Programa de la Universidad.

Verifico la veracidad y exactitud de las declaraciones en este formulario de solicitud.

Firma del campista/padre/tutor (seleccione una):

Fecha:

Fecha de recepción por la universidad:

Recibido por: