

**SOLICITUD DE EXENCION DE LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA  
POR CREENCIAS RELIGIOSAS**

Complete la siguiente información (Letra de molde):

Nombre (apellido, nombre) \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

Duke Unique ID \_\_\_\_\_ Área de trabajo \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Supervisor \_\_\_\_\_

Envíe la solicitud llena al **Departamento de Personal y Relaciones Laborales** a [hrrspolicies@duke.edu](mailto:hrrspolicies@duke.edu) o por fax al **919 681 7924**. Para que su solicitud sea considerada deberá completar y contestar todas las preguntas y enviar la información. La información se mantendrá confidencial. Después de revisar y aceptar la solicitud se actualizará su expediente de OESO en el transcurso de una semana. Puede revisar su registro para verificarlo en OESO en <http://www.safety.duke.edu/>

Si es aceptada su solicitud de exención y si la prevalencia de influenza en la comunidad aumenta a un nivel preocupante, el Departamento de Control de Infecciones podrá instituir controles adicionales para limitar el contagio. Estos controles pueden incluir el uso de mascarillas, o la reasignación del trabajo.

**Sección A: Debe completarse por aquellas personas quienes recibieron de Duke Health la aprobación de exención por motivos religiosos el año pasado**

Me fue aprobada la exención religiosa el año pasado y certifico que mis creencias no han cambiado. (Si marco esta casilla, siga a la Sección D)

**Sección B: Para ser contestada por las demás personas que solicitan exención por motivos religiosos.**

¿Atiende a pacientes directamente? Sí\_\_ No\_\_

¿Trabaja en un área de tratamiento para pacientes (ejemplo: pacientes hospitalizados o clínica)? Sí\_\_ No\_\_

Tiene contacto con pacientes o visitantes (ejemplo: registro, informes, pastor. Sí \_\_ No\_\_

¿Ofrece servicio a pacientes o visitantes? (ejemplo: preparación de alimentos, asesoría financiera, terapia musical) Sí\_\_ No\_\_

¿Comprende que se le pedirá usar mascarillas durante el trabajo o ser reasignado a otro lugar si el nivel de influenza en la comunidad exige medidas de control de infección adicionales? Sí \_\_No\_\_

Está enterado(a) de que anualmente se le pedirá enviar la solicitud de exención de la vacuna por prohibición religiosa (ej. Si le han aprobado la exención por un año no significa que automáticamente se le aprobará al año siguiente). Sí\_\_ No\_\_

**Sección C: Descripción de la creencia religiosa que es contraria a la vacuna de la influenza:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Sección D:** Mi firma indica que la información que he proporcionado es correcta y refleja mis creencias.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_