



**VACUNA COVID-19: EXCEPCIÓN POR CONTRAINDICACIÓN MÉDICA
(EMPLEADOS Y CONTRATISTAS)**

Conforme a lo dispuesto en la Orden Ejecutiva Núm. 2021-058 de 28 de julio de 2021, la Orden Ejecutiva Núm. 2021-062 de 5 de agosto de 2021, y la Orden Administrativa 2021-059B de 9 de agosto de 2021 no se requerirá a los empleados y contratistas el certificado de inmunización ("COVID-19 Vaccination Record Card") para poder acudir a trabajar de forma presencial, siempre que presenten una certificación firmada por un médico autorizado a ejercer la profesión en Puerto Rico en la cual el médico especifique la contraindicación médica para recibir la vacuna contra el COVID-19. Este formulario deberá ser completado en letra legible.

Ningún empleado o contratista está obligado a recibir la vacuna contra COVID-19 si tiene una contraindicación médica.

Información del empleado/contratista

Nombre _____ Agencia: _____
Dirección _____ Teléfonos _____

Para ser completado por un médico autorizado a ejercer su profesión en Puerto Rico

Nombre del médico _____ #Lic. _____

Contraindicación para recibir la vacuna contra el COVID-19 (especifique):

La contraindicación es: _____ permanente _____ temporal

Si la contraindicación es temporal, indique la fecha en que termina la misma: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Entiendo y soy consciente de que la "Excepción por Contraindicación Médica" es válida por el periodo indicado por el médico si la contraindicación es temporal, o por un (1) año, a partir de la fecha de la firma del médico si la contraindicación es permanente.

Firma del empleado/contratista: _____ Fecha: _____