

# Instrucciones para Solicitar una Exención Médica

Registro de Inmunizaciones de California – Sitio Web para la Exención Médica – (CAIR-ME)

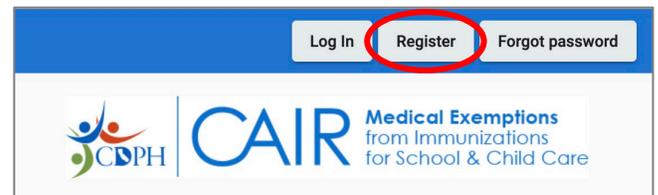
## Descripción general:

Para solicitar una exención médica para su hijo(a), el primer paso es registrarse para obtener una cuenta en el sitio web [CAIR-ME](https://cair.cdph.ca.gov/exemptions/home) (<https://cair.cdph.ca.gov/exemptions/home>). Luego, inicie sesión en su cuenta y complete los campos requeridos para solicitar una exención. El sitio le dará un número de solicitud de exención médica (Medical Exemption Request Number, en inglés) para que se lo entregue al doctor de su hijo(a). El doctor puede registrarse para una cuenta en CAIR-ME, iniciar sesión, buscar el número de solicitud de exención médica o el nombre de su hijo(a), ingresar la información requerida y emitir la exención. El doctor le dará una copia del formulario de exención médica de dos páginas para que lo lleve a la escuela o al centro de cuidado infantil de su hijo(a).

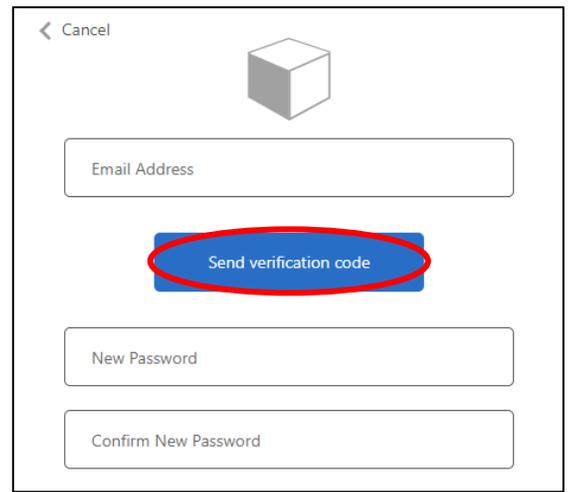
**Navegadores recomendados:** Google Chrome o Microsoft Edge. Estos navegadores se pueden descargar gratis. No utilice Microsoft Internet Explorer.

## Pasos detallados para solicitar una exención médica:

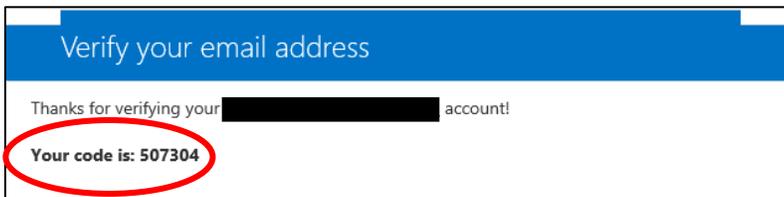
1. Vaya al sitio web de [CAIR-ME](https://cair.cdph.ca.gov/exemptions/home) (<https://cair.cdph.ca.gov/exemptions/home>).
2. En la configuración de su navegador, asegúrese de que las ventanas emergentes (pop-ups) estén activadas para el sitio CAIR-ME.
3. Haga clic en el botón “Register” (“Inscríbase”) arriba en la esquina derecha de la página de inicio.
4. En la página del acuerdo de usuario, haga clic en el botón “I Agree to the User Access Agreement” (“Acepto el acuerdo de acceso de usuario”).



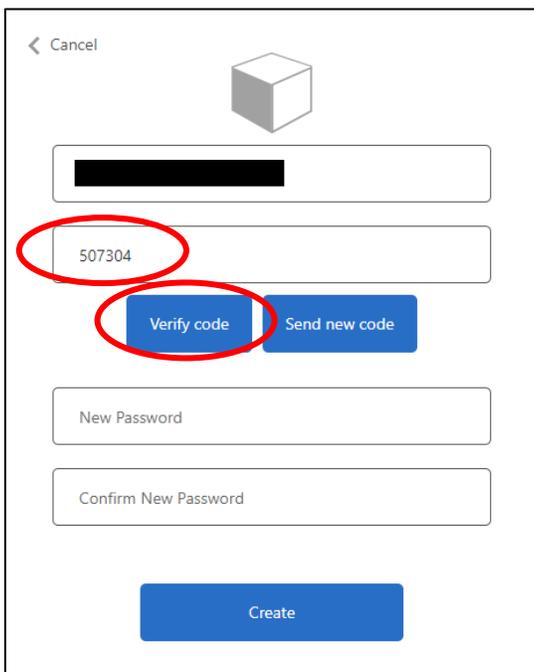
5. Ingrese su correo electrónico y haga clic en el botón “ Send verification code” (“Enviar código de verificación”). No cierre esta página.



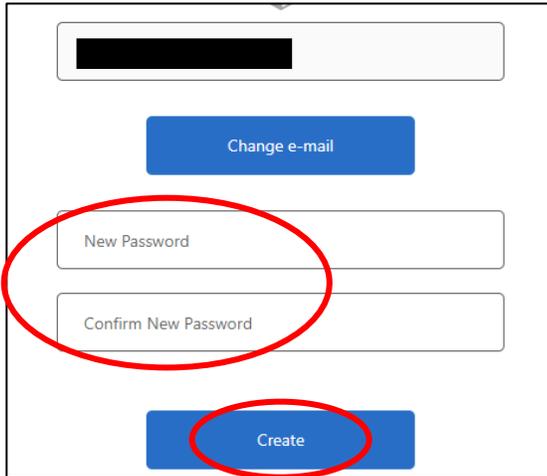
6. Revise su correo electrónico para ver si tiene un código de verificación de seis dígitos.



7. Ingrese el código de verificación de seis dígitos de su correo electrónico. Haga clic en el botón “Verify code” (“Verificar código”).

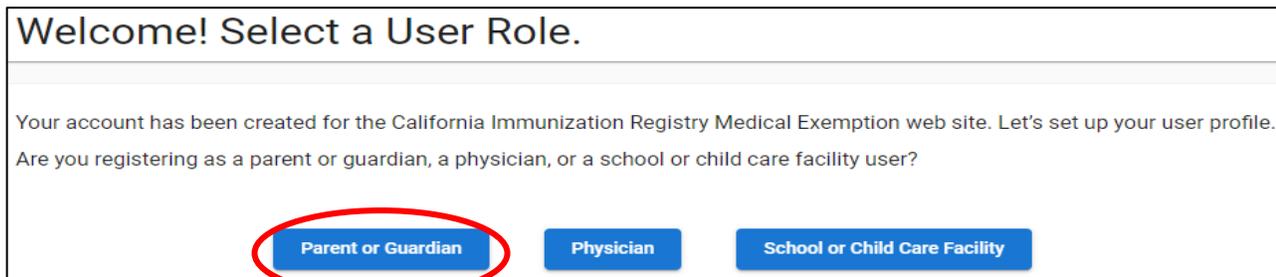


6. Crea una nueva contraseña y confírmela volviendo a ingresarla. Las contraseñas deben tener un mínimo de 8 caracteres y contener al menos 3 de los siguientes: letra mayúscula, letra minúscula, número y símbolo. Haga clic en el botón "Create" ("Crear").



A screenshot of a web form for creating a new password. At the top is a text input field containing a blacked-out email address. Below it is a blue button labeled "Change e-mail". Underneath are two text input fields: "New Password" and "Confirm New Password". Both of these fields are circled in red. At the bottom of the form is a blue button labeled "Create", which is also circled in red.

7. En la página "Select a User Role" ("Seleccione una función de usuario"), haga clic en "Parent or Guardian" ("Padre o tutor").



A screenshot of a web page titled "Welcome! Select a User Role." Below the title is a horizontal line. The main text reads: "Your account has been created for the California Immunization Registry Medical Exemption web site. Let's set up your user profile. Are you registering as a parent or guardian, a physician, or a school or child care facility user?" At the bottom of the page are three blue buttons: "Parent or Guardian", "Physician", and "School or Child Care Facility". The "Parent or Guardian" button is circled in red.

8. En la página "Set Up Your User Profile" ("Configure su perfil de usuario"), agregue su información de contacto y haga clic en el botón "Save" ("Guardar").

**Set Up Your User Profile** [View User Access Agreement](#)

Add your name and contact information, which will appear on medical exemptions you request. You can update this contact information at any time.

First Name \*

Last Name \*

Email Address

Street Address Line 1 \*

Street Address Line 2

City \*

State \*

Zip Code \*

Phone Number \*      Extension

**Save**

First name (Primer Nombre)  
 Last name (Apellido)  
 Email Address (Correo electrónico)  
 Street Address (Dirección)  
 City (Ciudad)  
 State (Estado)  
 Zip Code (Código postal)  
 Phone number (Número de teléfono)

9. Esto lo llevara a su “Dashboard” (Panel de Control) donde podrá iniciar la solicitud de exención médica de su hijo haciendo clic en el botón “Start a New Request” (“Iniciar una nueva solicitud”).

**My Dashboard**

**Start a New Medical Exemption Request**

Before you start a medical exemption request form, make sure you have:

- Your child's full name and date of birth
- The full name and contact information for a second parent or guardian (if a second parent or guardian will be listed on the medical exemption request)
- Your child's school or child care facility's name and address

**▶ Start a New Request**

10. Complete la información de su hijo(a). Puede agregar la información de contacto de otro padre o tutor haciendo clic en el botón “Add Another Parent or Guardian” (“Agregar otro padre o tutor”) y completando los campos.

### New Medical Exemption Request

**Child Information**

Child's First Name \*

Child's Middle Name

Child's Last Name \*

Child's Date of Birth \* 

Mother's First Name \* 

---

**Parent/Guardian Information** 

Ana Smith  
 999 Baker Street  
 Los Angeles, CA 99999  
 (999) 555-4444

[Add Another Parent or Guardian](#)

Child's First Name (Primer nombre del niño[a])  
 Child's Middle Name (Segundo nombre del niño[a])  
 Child's Last Name (Apellido del niño[a])  
 Child's Date of Birth (Fecha de nacimiento del niño[a])  
 Mother's First Name (Primer nombre de la madre)

11. Seleccione el condado del menú desplegable donde su hijo(a) asistirá a la escuela o al cuidado infantil.

### School/Child Care Facility Information

Select your county first. Then, in the School or Child Care Facility text box, type the first letters of your child's school or facility. Select the school or facility from the drop-down list that appears. If your child's school or facility is not in the list, please contact the school or facility for its full name to look up.

County of School or Child Care Facility \*

- Alameda
- Alpine
- Amador
- Butte
- Calaveras
- Colusa

12. En el cuadro de texto "School/Child Care Facility" ("Escuela / Centro de cuidado infantil"), comience a escribir el nombre de la escuela o centro de cuidado infantil de su hijo(a). Luego, seleccione la escuela o el centro de cuidado infantil del menú desplegable. Si no puede encontrar su escuela o centro de cuidado infantil en la lista, comuníquese con la escuela o centro de cuidado infantil para obtener ayuda.

### School/Child Care Facility Information

Select your county first. Then, in the School or Child Care Facility text box, type the first letters of your child's school or facility. Select the school or facility from the drop-down list that appears. If your child's school or facility is not in the list, please contact the school or facility for its full name to look up.

County of School or Child Care Facility \*

Los Angeles

School or Child Care Facility \*

Abraham Lincoln

Abraham Lincoln (School) - 15324 California Ave., Paramount

13. Lea los términos del acuerdo y marque las casillas. Luego haga clic en el botón "Submit" ("Enviar").

**Terms of Agreement**

By checking the boxes below, you agree to all terms listed.

**Attestation**

The information submitted in this form is true, accurate, and complete.

**Authorization**

I hereby authorize the physician issuing the medical exemption to disclose medical records including evaluation, diagnosis, and treatment of my child to the Enforcement Programs of the Medical Board of California/Osteopathic Medical Board of California, for their official use.

- This authorization shall remain valid for eight years from the date of issuance and cannot be revoked before then.
- A copy of this authorization shall be valid as the original.
- I understand that I have a right to receive a copy of this authorization by printing this form or if otherwise requested by me.
- I understand that I have the right to decline this authorization, and that by doing so, a medical exemption will not be issued.

**Términos del acuerdo**

Al marcar las casillas a continuación, acepta todos los términos enumerado.

**Atestación**

La información enviada en este formulario es verdadera, precisa y completa.

**Autorización**

Por la presente autorizo al doctor que otorga la exención médica a divulgar el historial médico, incluyendo la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de mi hijo(a), a los Programas de Cumplimiento de la Junta Médica / Junta Médica Osteopática de California, para su uso oficial.

- La autorización debe tener una validez de 8 años a partir de la fecha de emisión y no puede revocarse antes de esa fecha.
- Una copia de esta autorización será válida como la original.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de la autorización imprimiendo este formulario o si lo solicito de otra manera.
- Entiendo que tengo derecho a rechazar esta autorización y que, al hacerlo, no se emitirá una exención médica.

14. Después de enviar la solicitud, aparecerá en la pantalla “Medical Exemption Request Confirmation” (“la confirmación de solicitud de exención médica”). También recibirá un correo electrónico con el número de solicitud. Dé este número al doctor de su hijo(a). El doctor también necesitará saber cuándo su hijo(a) está comenzando la escuela o la guardería y a qué rango de grados está ingresando. El doctor puede completar el resto del formulario, emitir la exención médica y entregarle una copia impresa del formulario de 2 páginas para que la lleve a la escuela o centro de cuidado infantil de su hijo(a). Si lo desea, haga copias del formulario para sus archivos.

**Medical Exemption Request Confirmation**

Done! Your Medical Exemption Request number is **999999**

A confirmation will be sent to the email address(es) you provided on the request form.

What you need to do next:

Provide this medical exemption request number to your child's doctor. The doctor can complete the medical exemption and give you the medical exemption form to submit to your child's school or child care facility. This medical exemption request will be valid for 120 days.

**THIS CONFIRMATION PAGE IS NOT A VALID MEDICAL EXEMPTION.**  
**YOUR CHILD'S DOCTOR CAN ISSUE A MEDICAL EXEMPTION FOR YOUR CHILD.**

**Name:** Joe Smith  
**Date of Birth:** 01/01/2016  
**Mother's First Name:** Ana  
**Parent/Guardian:** Ana Smith  
 999 Baker Street  
 Los Angeles, CA 99999  
 (999) 555-4444