

아동의 성: _____ 이름: _____ 중간 이니셜: _____ 생년월일(mm/dd/yyyy): _____

안내: 부모나 보호자가 이 양식을 작성한 후 자녀의 학교 및/또는 보육 기관에 제출해 자녀에 대해 아래 나와 있는 예방 접종을 면제받을 수 있습니다. 예방 접종을 면제받은 사람은 해당 질병이나 해당 예방 접종으로 보호 효과가 있는 질병에 대해 위험이 있는 것으로 간주됩니다. 면제받은 자녀/학생은 완전히 예방 조치를 하지 않은 질병 발생 동안 학교나 해당 보육 시설 및 활동에서 배제될 수 있습니다. 백신으로 예방 가능한 질병은 여전히 존재하며, 학교와 보육 시설 내에서 급히 확산될 수 있습니다. 예방 접종은 사람들이 심각한 질환, 장애 또는 사망에 이를 수 있는 질병에 걸리고 질병이 확산되는 것을 막아주는 가장 좋은 방법의 하나입니다.

개인/신념 또는 종교적 면제 (Personal/Philosophical or Religious Exemption)

본인은 본인의 자녀가 학교나 보육 시설에 다니기 위해 다음의 질병에 대해 예방 접종을 받아야 하는 요건을 면제하고자 합니다. (자녀를 면제하고자 하는 면제 유형 및 예방 접종 내용을 선택하십시오).

개인/신념에 의한 면제* (Personal/Philosophical Exemption)			
<input type="checkbox"/> 디프테리아 (Diphtheria)	<input type="checkbox"/> B형 간염 (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> b형 헤모필루스 인플루엔자 (Hib)	<input type="checkbox"/> 백일해 (Pertussis)
<input type="checkbox"/> 폐렴구균 (Pneumococcal)	<input type="checkbox"/> 소아마비 (Polio)	<input type="checkbox"/> 파상풍 (Tetanus)	<input type="checkbox"/> 수두 (Varicella)
<small>*Measles (홍역), mumps (볼거리) 또는 rubella (풍진)는 주법에 따라 개인/신념에 의한 이유로 면제받지 못할 수 있습니다.</small>			
종교적 면제 (Religious Exemption)			
<input type="checkbox"/> 디프테리아 (Diphtheria)	<input type="checkbox"/> B형 간염 (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> b형 헤모필루스 인플루엔자 (Hib)	<input type="checkbox"/> 홍역 (Measles)
<input type="checkbox"/> 볼거리 (Mumps)	<input type="checkbox"/> 백일해 (Pertussis)	<input type="checkbox"/> 폐렴구균 (Pneumococcal)	<input type="checkbox"/> 소아마비 (Polio)
<input type="checkbox"/> 풍진 (Rubella)	<input type="checkbox"/> 파상풍 (Tetanus)	<input type="checkbox"/> 수두 (Varicella)	<input type="checkbox"/>

부모/보호자 진술 (Parent/Guardian Declaration)

필수 예방 접종 중 1가지 이상이 본인의 개인, 신념 또는 종교적 믿음에 위배됩니다. 본인은 (아래 서명한) 의료 제공자와 예방 접종 의 장 점 과 위험을 논의하였습니다. 본인은 본인의 자녀가 면제받은 백신으로 예방 가능한 질병이 발생할 경우, 본인의 자녀는 해당 질병 발생 동안 학교나 보육 시설에서 배제될 수 있다고 설명을 들었습니다. 본 양식상의 정보는 완전하며 정확합니다.

부모/보호자 성명(정자체)

부모/보호자 서명

날짜

HEALTHCARE PRACTITIONER DECLARATION

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington state. My signature does not necessarily mean I endorse this decision.

Licensed Health Care Practitioner Name (Print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

MD ND DO ARNP PA

Washington License #: _____

종교적 가입에 따른 면제 (Religious Membership Exemption)

의료적 치료의 사용에 반대하는 교회나 종교에 속한 경우에 한해 이 섹션을 작성하십시오. 개인적으로 예방 접종을 종교적으로 거부하지만 자신이 속한 교회나 종교에서는 자녀가 의사와 간호사 같은 의료 전문가의 치료를 받도록 허용하는 경우에는 상기 섹션을 사용하십시오.

부모/보호자 진술 (Parent/Guardian Declaration)

본인은 상기 성명의 자녀의 부모 또는 법적 보호자입니다. 본인은 의료 제공자가 본인의 자녀를 의료적으로 치료하도록 허용하지 않는 가르침을 가진 교회 또는 종교에 속한 신자임을 확인합니다. 본인은 본인의 자녀가 면제받은 백신으로 예방 가능한 질병이 발생할 경우, 본인의 자녀는 해당 질병 발생 동안 학교나 보육 시설에서 배제될 수 있다고 설명을 들었습니다. 본 양식상의 정보는 완전하며 정확합니다.

부모/보호자 성명(정자체)

부모/보호자 서명

날짜

아동의 성: _____ 이름: _____ 중간 이니셜: _____ 생년월일 (mm/dd/yyyy): _____

안내: 이 양식은 의료 제공자가 의료상의 이유에서 자녀에게 특정 예방 접종이 바람직하지 않다고 결정한 경우 자녀의 예방 접종 요건을 면제하는 데 사용할 수 있습니다. 이 양식은 반드시 의료 제공자가 작성하고 부모/보호자가 서명해야 합니다. 면제받은 자녀/학생은 완전히 예방 조치를 하지 않은 질병 발생 동안 학교나 해당 보육 시설에서 배제될 수 있습니다. 백신으로 예방 가능한 질병은 여전히 존재하며, 학교와 보육 시설 내에서 급히 확산될 수 있습니다.

MEDICAL EXEMPTION

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine required by rule of the Washington State Board of Health only if in their judgment, the vaccine is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine, per RCW 28A.210.090. Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing the contraindications and precautions in the appendix of the CDC Child and Adolescent Immunization Schedule or in the manufacturer’s package inserts.

Please indicate which vaccination the medical exemption is referring to by disease. If the patient is not exempt from certain vaccinations, mark “not exempt.”

Disease 질병	Not Exempt 비면제	Permanent Exempt 영구 면제	Temporary Exempt 임시 면제	Expiration Date for Temporary Medical 임시 의료 면제 만료 일자
디프테리아 (Diphtheria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B형 간염 (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b형 헤모필루스 인플루엔자 (Hib)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
홍역 (Measles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
볼거리 (Mumps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
백일해 (Pertussis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
폐렴구균 (Pneumococcal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
소아마비 (Polio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
풍진 (Rubella)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
파상풍 (Tetanus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
수두 (Varicella)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HEALTHCARE PRACTITIONER DECLARATION

I declare that vaccination for the disease(s) checked about is/are not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington state, and the information provided on this form is complete and correct.

Licensed Health Care Practitioner Name (Print) _____ Licensed Health Care Practitioner Signature _____ Date _____
 MD ND DO ARNP PA Washington License #: _____

부모/보호자 진술 (Parent/Guardian Declaration)

본인은 이 의료적 면제를 허가하는 의료 제공자와 예방 접종의 장점과 위험을 논의하였습니다. 본인은 본인의 자녀가 면제받은 백신으로 예방 가능한 질병이 발생할 경우, 본인의 자녀는 해당 질병 발생 동안 학교나 보육 시설에서 배제될 수 있다고 설명을 들었습니다. 본 양식상의 정보는 완전하며 정확합니다.

_____ 부모/보호자 성명(정자체) _____ 부모/보호자 서명 _____ 날짜 _____