

**HỌ CỦA TRẺ:** \_\_\_\_\_ **TÊN:** \_\_\_\_\_ **CHỮ ĐẦU TÊN ĐỆM:** \_\_\_\_\_ **NGÀY SINH (THÁNG/NGÀY/NĂM):** \_\_\_\_\_

**THÔNG BÁO:** Phụ huynh hoặc người giám hộ có thể xin miễn trừ cho con em mình không phải chủng ngừa các vắc-xin được liệt kê dưới đây bằng cách nộp biểu mẫu hoàn chỉnh này cho trường và/hoặc trung tâm giữ trẻ của trẻ. Người được miễn trừ chủng ngừa một loại vắc-xin được coi là có nguy cơ mắc bệnh hoặc các bệnh mà vắc-xin đó chống lại. Trẻ/học sinh được miễn trừ chủng ngừa vắc-xin có thể không được đến môi trường cũng như các hoạt động của trường học hay trung tâm giữ trẻ trong thời gian bùng phát dịch bệnh mà trẻ đó chưa được chủng ngừa đầy đủ. Các bệnh có thể phòng ngừa bằng vắc-xin vẫn tồn tại, và có thể lây lan nhanh chóng trong môi trường trường học và trung tâm giữ trẻ. Chủng ngừa là một trong những cách tốt nhất để bảo vệ mọi người khỏi mắc và lây lan các căn bệnh có thể dẫn đến những chứng bệnh nghiêm trọng, tàn tật, hoặc tử vong.

**MIỄN TRỪ VÌ LÝ DO CÁ NHÂN/TRIẾT LÝ HAY TÔN GIÁO (Personal/Philosophical or Religious Exemption)**

Tôi xin miễn trừ cho con em tôi khỏi yêu cầu chủng ngừa vắc-xin phòng (các) bệnh sau để đến trường hoặc trung tâm giữ trẻ. (Chọn một kiểu miễn trừ và các loại chủng ngừa vắc-xin mà quý vị muốn con em quý vị được miễn trừ):

**MIỄN TRỪ VÌ LÝ DO CÁ NHÂN/TRIẾT LÝ\* (Personal/Philosophical Exemption)**

<input type="checkbox"/> Bạch hầu (Diphtheria)	<input type="checkbox"/> Viêm gan B (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> Nhiễm vi khuẩn gây viêm màng não loại b (Hib)	<input type="checkbox"/> Phế cầu khuẩn (Pneumococcal)
<input type="checkbox"/> Bại liệt (Polio)	<input type="checkbox"/> Ho gà (ho khúc khặc) (Pertussis)	<input type="checkbox"/> Uốn ván (Tetanus)	<input type="checkbox"/> Thủy đậu (đậu mùa gà) (Varicella)

\*Theo luật tiểu bang, measles (bệnh sởi), mumps (quai bị), hay rubella (sởi Đức) không được miễn trừ vì lý do cá nhân/triết lý

**MIỄN TRỪ VÌ LÝ DO TÔN GIÁO (Religious Exemption)**

<input type="checkbox"/> Bạch hầu (Diphtheria)	<input type="checkbox"/> Viêm gan B (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> Nhiễm vi khuẩn gây viêm màng não loại b (Hib)	<input type="checkbox"/> Phế cầu khuẩn (Pneumococcal)
<input type="checkbox"/> Bại liệt (Polio)	<input type="checkbox"/> Ho gà (ho khúc khặc) (Pertussis)	<input type="checkbox"/> Uốn ván (Tetanus)	<input type="checkbox"/> Thủy đậu (đậu mùa gà) (Varicella)
<input type="checkbox"/> Sởi (Measles)	<input type="checkbox"/> Mumps (Quai bị)	<input type="checkbox"/> Rubella (Sởi Đức)	

**TUYÊN BỐ CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ (Parent/Guardian Declaration)**

Một hoặc nhiều loại vắc-xin bắt buộc mâu thuẫn với niềm tin cá nhân, triết lý, hay tôn giáo của tôi. Tôi đã thảo luận về các lợi ích và rủi ro của việc chủng ngừa với chuyên gia chăm sóc sức khỏe (ký tên dưới đây). Tôi đã được cho biết rằng nếu xảy ra bùng phát một căn bệnh có thể phòng ngừa bằng vắc-xin mà con em tôi được miễn trừ chủng ngừa, con em tôi có thể không được đến trường hay trung tâm giữ trẻ trong thời gian xảy ra bùng phát dịch. Thông tin trên biểu mẫu này là đầy đủ và chính xác.

\_\_\_\_\_  
Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ (viết in hoa)

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ

\_\_\_\_\_  
Ngày

**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 #: \_\_\_\_\_

**MIỄN TRỪ VÌ TƯ CÁCH HỘI VIÊN TÔN GIÁO (Religious Membership Exemption)**

CHỈ hoàn thành phần này nếu quý vị là thành viên của một giáo phái hay tôn giáo phản đối sử dụng điều trị y tế. Sử dụng phần trên nếu quý vị phản đối việc chủng ngừa vắc-xin dựa trên tôn giáo nhưng niềm tin hay nội dung giáo huấn của giáo phái hay tôn giáo của quý vị cho phép con em quý vị được điều trị bởi các chuyên gia y tế như bác sĩ và y tá.

**TUYÊN BỐ CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ (Parent/Guardian Declaration)**

Tôi là phụ huynh hay người giám hộ hợp pháp của trẻ có tên ở trên. Tôi xác nhận rằng tôi là thành viên của một giáo phái hay tôn giáo có nội dung giáo huấn không cho phép các chuyên gia chăm sóc sức khỏe điều trị y tế cho con em tôi. Tôi đã được cho biết rằng nếu xảy ra bùng phát một căn bệnh có thể phòng ngừa bằng vắc-xin mà con em tôi được miễn trừ chủng ngừa, con em tôi có thể không được đến trường hay trung tâm giữ trẻ trong thời gian xảy ra bùng phát dịch. Thông tin trên biểu mẫu này là đầy đủ và chính xác.

\_\_\_\_\_  
Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ (viết in hoa)

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ

\_\_\_\_\_  
Ngày



**HỌ CỦA TRẺ:** \_\_\_\_\_ **TÊN:** \_\_\_\_\_ **CHỮ ĐẦU TÊN ĐỆM:** \_\_\_\_\_ **NGÀY SINH (THÁNG/NGÀY/NĂM):** \_\_\_\_\_

**THÔNG BÁO:** Biểu mẫu này có thể được sử dụng để xin miễn trừ cho trẻ không phải tuân theo yêu cầu chủng ngừa vắc-xin khi chuyên gia chăm sóc sức khỏe xác định rằng không nên thực hiện một chủng ngừa cụ thể cho trẻ đó vì lý do y tế. Biểu mẫu này phải do chuyên gia chăm sóc sức khỏe hoàn thành và có chữ ký của phụ huynh/người giám hộ. Trẻ/học sinh được miễn trừ chủng ngừa vắc-xin có thể không được đến trường hay trung tâm giữ trẻ trong thời gian bùng phát dịch bệnh mà trẻ đó chưa được chủng ngừa đầy đủ. Các bệnh có thể phòng ngừa bằng vắc-xin vẫn tồn tại, và có thể lây lan nhanh chóng trong môi trường trường học và trung tâm giữ trẻ.

**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 Advisory Committee on Immunization Practice's (ACIP) recommendations via the Centers for Disease Control and Prevention publication, "Guide to Vaccine Contraindications and Precautions," or the manufacturer's package insert. The ACIP guide can be found at [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html).

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

Bệnh (Disease)	Không Miễn Trừ (Not Exempt)	Miễn Trừ Vĩnh Viễn (Temporary Exempt)	Miễn Trừ Tạm Thời (Permanent Exempt)	Ngày Hết Hạn Miễn Trừ Tạm Thời Vì Lý Do Y Tế (Expiration Date for Temporary Medical)
Bạch hầu (Diphtheria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Viêm gan B (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nhiễm vi khuẩn gây viêm màng não loại b (Hib)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sởi (Measles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quai bị (Mumps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ho gà (Pertussis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Phế cầu khuẩn (Pneumococcal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bại liệt (Polio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sởi Đức (Rubella)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uốn ván (Tetanus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thủy đậu (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 #: \_\_\_\_\_

**Tuyên Bố của Phụ Huynh/Người Giám Hộ (Parent/Guardian Declaration)**

Tôi đã thảo luận về các lợi ích và rủi ro của việc chủng ngừa với chuyên gia chăm sóc sức khỏe cấp giấy miễn trừ vì lý do y tế này. Tôi đã được cho biết rằng nếu xảy ra bùng phát một căn bệnh có thể phòng ngừa bằng vắc-xin mà con em tôi được miễn trừ chủng ngừa, con em tôi có thể không được đến trường hay trung tâm giữ trẻ trong thời gian xảy ra bùng phát dịch. Thông tin trên biểu mẫu này là đầy đủ và chính xác.

Parent/Guardian Name (Print) \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_