

Certificate of Exemption—Personal/Religious

(Chứng Nhận Miễn Trừ—Vì Lý Do Cá Nhân/Tôn Giáo)

Đối với Các Yêu Cầu Chủng Ngừa Đề Đến Trường, Trung Tâm Giữ Trẻ và Trường Mầm Non



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

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

X

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

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ _____

Ngày _____

Health Care 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.

X

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.

X

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

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ _____

Ngày _____

Certificate of Exemption—Medical

(Chứng Nhận Miễn Trừ—Vi Lý Do Y Tế)

Đối với Các Yêu Cầu Chứng Ngừa Để Đến Trường, Trung Tâm Giữ Trẻ và Trường Mầm Non



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 his or her 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 (RCW 28A.210.090). Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practices (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

Please indicate which vaccine antigen(s) the **medical** exemption is referring to. If the patient is not exempt from certain antigen(s), mark "not exempt."

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

Health Care Practitioner Declaration

I declare that vaccination for the disease/s checked above is 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.

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

Tuyên Bô 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.

X _____
 Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ (viết in hoa) _____ Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ _____ Ngày _____