免疫接种

医疗豁免表格

科罗拉多州国家法律法规（修订）第 25 节第 4 条第 902 款要求所有在科罗拉多州就学的学生需接种疫苗来预防科罗拉多州卫生局法令 6 CCR 1009-2 指定的某些疫苗可预防的疾病，除非提交官方豁免表格。本法律适用于在经科罗拉多州公共服务部批准的儿童保育机构、公办、私立和教区幼儿园、小学和中学（直至 12 年级）以及学院或大学就学的学生。在疾病爆发期间，儿童保育机构或学校可拒绝有免疫接种豁免记录的学生进入；时间的长短将取决于疾病的类型和爆发情况。

请填写以下所有必填字段；对填写不完整的表格将不予接受。

学生信息：

姓：	名：	（可选）中间名：
性别： □ 女 □ 男	出生日期：	
街道 #：	街道名称：	街道类型（例如：大街）：
单元 #：	邮政信箱：	
城市：	州： 科罗拉多	邮编：
电子信箱：		县：
电话号码：		□ 家庭 □ 手机

填写此表格的父母/监护人姓名： □ 若学生独立或年满 18 岁，请勾选此框

姓：	名：	（可选）中间名：
与学生的关系： □ 母亲 □ 父亲 □ 监护人		
街道 #：	街道名称：	街道类型（例如：大街）：
单元 #：	邮政信箱：	
地址：		
城市：	州： 科罗拉多	邮编：
电子信箱：		县：
电话号码：		□ 家庭 □ 手机

学校/获许可的儿童保育机构信息：

学校名称/获许可的儿童保育机构：		
学区： ☐ 如不适用，请勾选此项		
地址：		
城市：	州：CO（科罗拉多）	邮编：
电话号码：		学生年级：

入学规定接种的疫苗：（勾选未接种的疫苗）		针对未接种的疫苗 列出医疗禁忌症候
☐	乙肝	
☐	白喉、破伤风、百日咳（DTaP、Tdap）	
☐	b 型流感嗜血杆菌（Hib）	
☐	灭活脊髓灰质炎病毒（IPV）	
☐	肺炎球菌结合（PCV13）或多糖型肺炎球菌结合（PPSV23）	
☐	麻疹、腮腺炎和风疹（MMR）	
☐	水痘	

疫苗可能会危及上述学生的生命或健康，或者其他医疗状况使他/她由于医疗禁忌无法接种该疫苗。

医生或高级执业护士签字：_____ 日期：_____

根据科罗拉多法律，您可以选择在 CIIS 中删除您子女/您本人的信息。如需退出 CIIS，请访问：www.colorado.gov/cdphe/ciis-opt-out-procedures。请注意，您有责任妥善保管您子女/您本人的免疫接种记录，以确保符合学校的规定。

Immunization
Medical Exemption Form

Colorado law C.R.S. § 25-4-902 requires all students attending any school in the state of Colorado to be vaccinated against certain vaccine-preventable diseases as established by Colorado Board of Health rule 6 CCR 1009-2, unless an official exemption form is filed. This law applies to students attending child care facilities licensed by the Colorado Department of Human Services, public, private and parochial kindergarten, elementary and secondary schools through 12th grade, and colleges or universities. Students with a recorded immunization exemption may be kept out of a child care facility or school during a disease outbreak; the length of time will vary depending on the type of disease and the circumstances of the outbreak.

Please complete all required fields below; incomplete forms will not be accepted. *All fields are required unless noted optional.*

Student Information:

Last Name:	First Name:	(optional) Middle Name:
Gender: ☐ Female ☐ Male	Date of Birth:	
Street #:	Street Name:	Street Type (e.g. Ave.):
Unit #:	P.O. Box:	
City:	State: CO	Zip Code:
Email Address:		County:
Phone Number:		☐ Home ☐ Cell

Parent/Guardian Completing This Form: ☐ Check if an emancipated student or student over 18 years old

Last Name:	First Name:	(optional) Middle Name:
Relationship to student: ☐ Mother ☐ Father ☐ Guardian		
Street #:	Street Name:	Street Type (e.g. Ave.):
Unit #:	P.O. Box	
City:	State: CO	Zip Code:
Email Address:		County:
Phone Number:		☐ Home ☐ Cell

School/Licensed Child Care Facility Information:

School Name/Licensed Child Care Facility:		
School District:		☐ Check if Not Applicable
Address:		
City:	State: CO	Zip Code:
Phone Number:		Grade of Student:

	Required Vaccines for Entering School: (Check each vaccine declined)	**List medical contraindication(s) for each vaccine declined**
☐	Hepatitis B	
☐	Diphtheria, tetanus, pertussis (DTaP, Tdap)	
☐	Haemophilus influenza type b (Hib)	
☐	Inactivated poliovirus (IPV)	
☐	Pneumococcal conjugate (PCV13) or polysaccharide (PPSV23)	
☐	Measles-mumps-rubella (MMR)	
☐	Varicella (chickenpox)	

The physical condition of the above named student is such that vaccination would endanger his/her life or health or is medically contraindicated due to other medical conditions.

Physician or Advanced Practice Nurse Signature: _____ Date: _____

Under Colorado law, you have the option to exclude your child's/your information from CIIS. To opt out of CIIS, go to: www.colorado.gov/cdphe/ciis-opt-out-procedures. Please be advised that you will be responsible for maintaining your child's/your immunization records to ensure school compliance.