# 예방접종
## 의료 면제 양식

콜로라도주에 소재한 학교에 재학 중인 모든 학생은 콜로라도 법률 C.R.S. § 25-4-902 에 따라 콜로라도 보건이사회에서 규칙 6 CCR 1009-2 를 통해 확립한 백신으로 예방 가능한 특정 질병에 대비하여 백신 접종을 받아야 하며, 이를 원치 않는 경우에는 공식 면제 양식을 제출해야 합니다. 이 법률은 콜로라도주 인적서비스국에서 허가한 보육 시설을 비롯하여 공립, 사립 및 교구 유치원, 초등학교 및 중등학교 12 학년까지, 전문 대학 또는 대학교에 재학 중인 모든 학생에게 적용됩니다. 예방접종 면제가 기록된 학생은 질병이 발생한 기간 동안 보육 시설 또는 학교에서 격리될 수 있습니다. 격리 리간은 질병의 유형과 발병 상황에 따라 결정됩니다.

아래 필수 항목을 모두 작성하십시오. 필수 항목이 모두 작성되지 않은 양식은 접수되지 않습니다.

### 학생 정보:

| | | |
|---|---|---|
| 성: | 이름: | (선택) 중간 이름: |
| 성별: ☐ 여성 ☐ 남성 | 생년월일: | |
| 거리#: | 거리 이름: | 거리 유형(예: 대로): |
| 단지#: | 우편 사서함: | |
| 시: | 주: 콜로라도 | 우편번호: |
| 이메일 주소: | | 카운티: |
| 전화번호: | | ☐ 집 ☐ 휴대전화 |

### 이 양식을 작성하는 부모/보호자 이름/: ☐독립한 학생 또는 만 18 세 이상 학생인 경우 선택

| | | |
|---|---|---|
| 성: | 이름: | (선택) 중간 이름: |
| 학생과의 관계: ☐ 모 ☐ 부 ☐ 보호자 | | |
| 거리#: | 거리 이름: | 거리 유형(예: 대로): |
| 단지#: | 우편 사서함: | |
| 주소: | | |
| 시: | 주: 콜로라도 | 우편번호: |
| 이메일 주소: | | 카운티: |
| 전화번호: | | ☐ 집 ☐ 휴대전화 |

### 학교/허가 보육 시설 정보:

| | | |
|---|---|---|
| 학교 이름/허가 보육 시설: | | |
| 학교 지역: | | ☐ 해당하지 않는 경우 체크 |
| 주소: | | |
| 시: | 주: 콜로라도 | 우편번호: |
| 전화번호: | | 학생 해당 학년: |

| | **입학 필수 백신:** (거부한 백신 모두 선택) | **거부한 백신별로 의료 거부 사유를 제시하십시오** |
|---|---|---|
| ☐ | B형 간염 | |
| ☐ | 디프테리아, 파상풍, 백일해(DTaP, Tdap) | |
| ☐ | B 형 인플루엔자(Hib) | |
| ☐ | 불활성 소아마비(IPV) | |
| ☐ | 폐렴 연쇄상구균(PCV13) 또는 다당류(PPSV23) | |
| ☐ | 홍역, 볼거리, 풍진(MMR) | |
| ☐ | 수두 | |

위에 언급된 학생은 신체적 조건으로 인해 백신 접종 시 생명 또는 건강이 위태로워지거나 기타 의학적 상태를 고려하여 의학적으로 백신 접종이 제한됩니다.

의사 또는 상급 간호사 서명: _____ 날짜: _____

귀하는 콜로라도 법률에 따라 자녀/귀하의 정보를 CIIS 에서 제외시킬 수 있습니다. CIIS 에서 정보를 제외시키려면 www.colorado.gov/cdphe/ciis-opt-out-procedures 를 방문하세요. 귀하는 학교 규칙을 준수하기 위해 자녀/귀하의 예방접종 기록을 보관해야 할 책임이 있음을 명심하십시오.

# 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.