Прививки

Освобождение от прививок по медицинским причинам

Закон штата Колорадо C.R.S. § 25-4-902 требует, чтобы все учащиеся, которые посещают учебные заведения в штате Колорадо, получили прививки против определенных предупреждаемых вакцинацией заболеваний в соответствии с параграфом 6 CCR 1009-2 Управления здравоохранения штата Колорадо, за исключением тех случаев, когда отказ от прививок сопровождается официальным письменным заявлением. Этот закон распространяется на воспитанников яслей, лицензированных Управлением социального обслуживания штата Колорадо, учеников подготовительных классов государственной, частной и приходской системы, учащихся начальных и средних школ по 12 класс включительно, студентов колледжей и университетов. Детям, имеющим письменное подтверждение об освобождении от вакцинации, не рекомендуется во время вспышки эпидемии посещать дошкольное учреждение или школу; причем длительность периода, в течение которого учащемуся следует воздерживаться от посещения образовательного учреждения, различается в зависимости от типа заболевания и обстоятельств вспышки. Пожалуйста, заполните все заштрихованные поля в таблице ниже; бланки с недостающей информацией не принимаются.

Информация об учащемся:

Фамилия:	Имя:	Отчество (необязательно):
Пол: □ Женский □ Мужской	Дата рождения:	
№ дома	Название улицы:	Тип (например, Ave.):
№ кв.:	Почтовый ящик:	
Город:	Штат: CO	Почтовый индекс:
Электронный адрес:		Адм. округ:
Телефонный номер:		□ Дом. □ Моб.

Имя и фамилия родителя или опекуна, заполнившего бланк: □ Отметьте, если речь идет о ребенке, освобожденном от родительской опеки или достигшем 18 лет

Фамилия:	Имя:	Отчество (необязательно):
Степень родства: □ Мать □ Отец □ Опекун		
№ дома	Название улицы:	Тип (например, Ave.):
№ кв.:	Почтовый ящик:	
Адрес:		
Город:	Штат: CO	Почтовый индекс:
Электронный адрес:		Адм. округ:

Информация о школе или лицензированном дошкольном учреждении

Название школы или лицензированного дошкольного учреждения		
Школьный округ:		□ Отметьте, если неприменимо
Адрес:		
Город:	Штат: CO	Почтовый индекс:
Тел.:		Год обучения:

	Вакцины, требуемые при приеме в учебное заведение: (Отметьте каждую отклоненную вакцину)	**Перечислите медицинские противопоказания для каждой отклоненной вакцины**
□	Гепатит Б	
□	Дифтерит, столбняк, коклюш (DTaP, Tdap)	
□	Гемофильная инфекция тип b (Hib)	
□	Инактивированная полиомиелитная вакцина (IPV)	
□	Пневмококковая конъюгированная вакцина (PCV13) или полисахарид (PPSV23)	
□	Корь-свинка-краснуха (MMR)	
□	Ветряная оспа (ветрянка)	

Физическое состояние названного (-ой) выше учащегося (-ейся) таково, что вакцинация поставит под угрозу его (или ее) жизнь либо вакцинация противопоказана по другим причинам медицинского характера.

Подпись врача или дипломированной медсестры _____ Дата: _____

В соответствии с законом штата Колорадо вы имеете право изъять из системы CIIS информацию о себе и о своем ребенке. для отказа от CIIS перейдите: www.colorado.gov/cdphe/ciis-opt-out-procedures. Имейте в виду, что вы должны будете хранить документы о прививках, сделанных вам или вашему ребенку, поскольку они необходимы для школьной отчетности.

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.

Student Information:

Last Name:	First Name:	(optional) Middle Name:
Gender: ☐ Female ☐ Male	Date of Birth:	
Address:		
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		
Address:		
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.