Mẫu Đơn Miễn Chủng Ngừa Vì Lý Do Sức Khỏe

Luật Colorado C.R.S. § 25-4-902 qui định tất cả các học sinh đi học tại bất kỳ trường học nào ở tiểu bang Colorado phải được chủng ngừa một số chứng bệnh có thể ngăn ngừa được bằng thuốc chủng ngừa, theo quy chế 6 CCR 1009-2 của Ủy Ban Sức Khỏe Colorado, trừ khi trong hồ sơ có đơn xin miễn chủng ngừa chính thức. Luật này áp dụng cho những học sinh tham gia các cơ sở giữ trẻ do Sở Nhân Vụ Colorado cấp giấy phép, các chương trình mẫu giáo, các trường tiểu học và trung học cơ sở công lập, trường tư và trường giáo khu, cho đến hết lớp 12, và các trường cao đẳng hoặc đại học. Có thể không để những học sinh thuộc diện được miễn chủng ngừa vào cơ sở giữ trẻ hoặc trường học trong thời gian có dịch bệnh; khoảng thời gian này sẽ khác nhau tùy thuộc vào dạng bệnh và tình hình dịch bệnh.

Vui lòng điền tất cả các ô bắt buộc ở dưới; mẫu đơn nào không điền đầy đủ sẽ không được chấp nhận.

Thông Tin về Học Sinh:

Tên họ:	Tên gọi:	(không bắt buộc) Tên đệm:
Giới tính: □ Nữ □ Nam	Ngày tháng năm sinh:	
Đường phố #:	Tên đường phố:	Dạng đường phố (chẳng hạn như Ave.):
Căn hộ số:	P.O. Box:	
Thành phố:	Tiểu bang: CO	Số Zip code:
Địa chỉ email:		Quận:
Số Điện thoại:		□ Nhà □ Di động

Phụ huynh/Người giám hộ điền mẫu đơn này: □ Đánh dấu nếu là học sinh được phép sống tự lập hoặc học sinh đã trên 18 tuổi

Tên họ:	Tên gọi:	(không bắt buộc) Tên đệm:
Mối liên hệ với học sinh: □ Mẹ □ Cha □ Người giám hộ		
Đường phố #:	Tên đường phố:	Dạng đường phố (chẳng hạn như Ave.):
Căn hộ số:	P.O. Box:	
Địa chỉ:		
Thành phố:	Tiểu bang: CO	Số Zip code:
Địa chỉ email:		Quận:
Số Điện thoại:		□ Nhà □ Di động

Thông Tin về Trường Học/Cơ Sở Giữ Trẻ có Giấy Phép Hoạt Động:

Tên của Trường Học/Cơ Sở Giữ Trẻ có Giấy Phép Hoạt Động:		
Học khu:	□ Đánh dấu nếu không áp dụng cho trường hợp của quý vị	
Địa chỉ:		
Thành phố:	Tiểu bang: CO	Số Zip code:
Số điện thoại:		Cấp Lớp của Học Sinh:

	Các Loại Thuốc Chủng Ngừa Bắt Buộc để Vào Học (Đánh dấu từng loại thuốc chủng ngừa từ chối nhận)	**Ghi (các) chống chỉ định vì lý do sức khỏe đối với mỗi loại thuốc chủng ngừa bị từ chối**
□	Bệnh viêm gan B	
□	Bạch hầu, uốn ván, ho gà (DTaP, Tdap)	
□	Bệnh cúm loại b (Hib)	
□	Siêu vi bại liệt bất hoạt (IPV)	
□	Pneumococcal conjugate (PCV13) hoặc polysaccharide (PPSV23)	
□	Sởi-quai bị-ban đào (MMR)	
□	Đậu mùa (Thủy đậu)	

Tình trạng sức khỏe thể chất của học sinh nói trên khiến việc chủng ngừa sẽ gây nguy hiểm cho tính mạng hoặc sức khỏe của em hoặc được chống chỉ định vì các chứng bệnh khác.

Chữ ký của Bác Sĩ hoặc Y Tá Hành Nghề Cao Cấp: _____ Ngày: _____

Theo luật Colorado, quý vị có thể chọn không cho phép đưa thông tin của quý vị/con quý vị vào hệ thống CIIS. Để chọn không đưa thông tin vào hệ thống CIIS, vui lòng tới website: www.colorado.gov/cdphe/ciis-opt-out-procedures. Vui lòng lưu ý là quý vị sẽ có trách nhiệm lưu giữ hồ sơ chủng ngừa của quý vị/con quý vị để bảo đảm chấp hành nội quy của trường học.

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.