



免疫要求通知

学校/幼儿园要求的免疫 (Notice of Immunization Requirement-Chinese)

Note to Health Care Provider: Colorado Statute 6 CCR 1009-2 mandates the establishment of school required immunizations through the authority of the Colorado Board of Health as a requirement for student attendance in Colorado schools. The “required” school immunization schedule includes the vaccines listed in this document and follows the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) schedule. It is important that health care providers follow the age and interval requirements for ACIP to include the 4 day grace period for age and intervals. For example, an MMR given more than 4 days before the 1st birthday is an invalid dose and will need to be repeated in order for schools to accept that vaccine. Please contact the Colorado Immunization Branch at 303-692-2700 if you have questions about the school required immunization requirements. Thank you.

以下儿童的家长/监护人: _____

上述儿童没有在案的免疫记录或近期免疫证明。如果在 _____ 之前未能交回下方标记的免疫记录，按照科罗拉多州免疫法规定，该儿童将被禁止进入学校。

我们的记录显示，根据您子女所在的年级，应接种以下疫苗：

(请拨打 _____ 联系您的医疗保健提供者或当地卫生部门以取得接种要求的疫苗)

_____ DTaP
(白喉/破伤风/百日咳)

_____ Polio
(小儿麻痹症)

_____ PCV13
(肺炎球菌)

_____ Td
(破伤风/白喉)

_____ MMR
(麻疹/流行性腮腺炎/风疹)

_____ Hepatitis B
(乙肝)

_____ Hib
(B型流感嗜血杆菌)

_____ Varicella *
(水痘)

_____ Tdap
(破伤风/白喉/百日咳)

*如果儿童患过水痘，则必须由医疗保健提供者记录病症，并可随附由公共卫生机构的护士或学校护士提供的病史筛查记录。

如果儿童已经接种要求的疫苗，请确保向我们提供近期免疫记录。如果儿童需要接受免疫接种，请尽快与医疗保健提供者预约，并告知我们预约日期和时间以及诊所名称和电话号码。如果您没有保险，请拨打 1-800-688-7777 咨询距离您家最近的当地卫生机构。

请注意：如果某项免疫接种与您的宗教信仰相违背，您必须签署宗教豁免。如果您的子女因医疗原因无法接受某项免疫接种，则必须由医师签署医疗豁免。如果您的个人信仰与某项免疫接种相违背，您必须签署个人豁免。豁免表格印于科罗拉多州公共卫生和环境部免疫证明的背面。

签字: _____

日期: _____

学校或幼儿园 _____

电话: _____ 传真: _____