



Colorado Department
of Public Health
and Environment

제외 관련 공지 사항

예방접종 기록 필요

학교/보육 시설 제출용

Note to Health Care Provider: Colorado Statute 6 CCR 1009-2 mandates the establishment of school required vaccines through the authority of the Colorado Board of Health as a requirement for student attendance at Colorado Schools. The "required" schedule closely follows the ACIP/AAP recommended schedule. Please contact the Colorado Immunization Section at 303-692-2650 if you have questions about the school required vaccine requirements. Thank you.

다음 자녀의 부모님/보호자께: _____

상기 자녀는 최신 예방접종 증명서를 제출하지 않았으므로 콜로라도 법률에 따라 작성된 예방접종 기록을 받을 때까지 이 학교/보육 시설에 **출석할 수 없습니다**. 제외 기간은 _____에 적용됩니다. 귀하의 담당 의료인 또는 _____에 소재한 지역 보건국에 문의해 필요한 예방접종을 받으십시오.

필요한 예방주사:

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| _____ DTaP(디프테리아/파상풍/백일해) | _____ Hib(인플루엔자균타입 b) |
| _____ Tdap(파상풍/디프테리아/백일해) | _____ PCV13(폐렴연쇄상구균) |
| _____ Td(파상풍/디프테리아) | _____ B형 간염 |
| _____ 소아마비 | _____ 수두(Chickenpox) |
| _____ MMR(홍역/볼거리/풍진) | |

☞ 수두 질병에 관한 모든 보고는 의료인(의사 또는 RN)에 의해 문서화되어야 합니다

참고: 예방접종이 귀하의 **종교적 신념**에 반하는 경우 종교 면제에 서명해야 합니다. 귀 자녀가 **의료적 이유**로 예방접종을 받을 수 없는 경우 의사는 의료 면제에 서명해야 합니다. 예방접종에 반대되는 **개인적 신념**이 있는 경우 개별 면제에 서명해야 합니다. 면제 양식은 콜로라도 보건환경국 예방접종 증명서 뒷면에서 확인할 수 있습니다.

서명: _____ 날짜: _____
 학교/보육 시설: _____ 전화: _____ 팩스: _____

통보 방법: 전화 우편 직접

이 칸에 표시가 되어 있으면 위에 기재된 예방접종 중 2 가지 이상이 필요하다는 의미이며 귀하의 의사가 아래 계획을 작성하고 귀하가 서명한 다음 위에 적힌 기한까지 반송해야 합니다. 예방주사를 받으면 해당 기록을 저희에게 제출하십시오. 이 계획은 공식 예방접종 증명서가 작성될 때까지 진행됩니다.

백신	의사 <small>의사에게 제출할 소견서가 필요한 경우 1-800-688-7777 로 연락하십시오.</small>		접종 예정				
			<small>일정은 ACIP, AAP 또는 백신 제조사의 설명서에 따라 의료적으로 권장하는 간격을 준수해야 합니다.</small>				
DTaP	이름	전화 번호	날짜	날짜	날짜	날짜	날짜
Tdap	이름	전화 번호	날짜				
Td	이름	전화 번호	날짜	날짜	날짜	날짜	
소아마비	이름	전화 번호	날짜	날짜	날짜	날짜	
MMR	이름	전화 번호	날짜		날짜		
Hib	이름	전화 번호	날짜		날짜	날짜	
PCV13	이름	전화 번호	날짜	날짜	날짜	날짜	
B형 간염	이름	전화 번호	날짜		날짜	날짜	
수두	이름	전화 번호	날짜			날짜	

본인은 필수 예방주사를 접종하고 기록을 제출하며 예방접종 증명서를 작성하는 상기 계획에 동의합니다.

서명: _____ 날짜: _____

위에 기재된 자녀 또는 독립한 자녀의 부모/보호자