Colorado Department of Public Health and Environment

# *THÔNG BÁO về Trường Hợp Loại Trừ*
## Cần Có Hồ Sơ Chủng Ngừa
### *về Sĩ số của Trường Học/Trung Tâm Chăm Sóc Trẻ Em*

**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.**

**Kính gửi phụ huynh/người giám hộ của: _____**
Đứa trẻ được liệt kê bên trên chưa có Giấy Chứng Nhận Chủng Ngừa mới nhất trong hồ sơ và **không thể tham dự** trường học/trung tâm chăm sóc trẻ em này cho đến khi nhận được hồ sơ chủng ngừa hoàn chỉnh (theo luật pháp của Colorado). Ngày loại trừ sẽ được thi hành là _____. Vui lòng liên hệ với nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc phòng y tế địa phương tại _____ để nhận được (các) mũi chích chủng ngừa bắt buộc (s).

**Cần có các mũi tiêm sau đây:**

_____ **DTaP** (Bệnh bạch hầu/Bệnh uốn ván/Ho gà)

_____ **Tdap** (Bệnh uốn ván/Bệnh bạch hầu/Ho gà)

_____ **Td** (Bệnh uốn ván/Bệnh bạch hầu)

_____ **Viêm tủy xám**

_____ **MMR** (Bệnh sởi/Bệnh quai bị/Rubella)

_____ **Vắc xin Hib** (*Vi khuẩn Haemophilus Influenzae* týp b)

_____ **PCV13** Cộng hợp phế cầu (Pneumococcal Conjugate)

_____ **Viêm gan B**

_____ **Thủy đậu** (Chickenpox)

⌖ Tất cả báo cáo về bệnh ***Thủy Đậu*** phải được nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe lập hồ sơ (bác sĩ hoặc RN)

Vui lòng lưu ý: Nếu mũi chích ngừa không phù hợp với **tín ngưỡng tôn giáo** của quý vị, quý vị phải ký vào đơn miễn trừ vì tôn giáo. Nếu con của quý vị không thể chích ngừa vì **lý do sức khỏe** , bác sĩ phải ký vào đơn miễn trừ vì sức khỏe. Nếu quý vị có **niềm tin cá nhân** ngược với mũi chích ngừa, quý vị phải ký vào bản miễn trừ cá nhân. Có thể xem các mẫu miễn trừ ở mặt sau của Giấy Chứng Nhận Chủng Ngừa của Sở Y Tế và Môi Trường Công Cộng Tiểu Bang Colorado.

Đã Ký: _____ Ngày: _____

Trường Học/Trung Tâm Chăm Sóc Trẻ Em: _____ Điện Thoại: _____

Fax: _____

**Phương Thức Thông Báo** : ___ Điện Thoại ___Thư ___ Gặp Mặt Trực Tiếp

☐ Nếu hộp này được đánh dấu, cần có nhiều hơn một liều chích chủng được ghi chú ở bên trên và chương trình bên dưới phải được một nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe hoàn thiện và quý vị phải ký vào rồi chuyển cho chúng tôi trước thời hạn bên trên. Khi nhận được các mũi chích ngừa, hãy nộp hồ sơ cho chúng tôi. Chương trình này sẽ được thực hiện cho tới khi Giấy Chứng Nhận Chủng Ngừa chính thức được hoàn thiện.

| VACCINE | NHÀ CHUNG CẤP CHĂM SÓC SỨC KHỎE<br>Nếu quý vị cần giấy giới thiệu tới một nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe, hãy gọi 1-800-688-7777. | | HẾT HẠN KHI NHẬN ĐƯỢC<br>Lịch biểu phải tuân thủ khoảng thời gian được khuyến cáo về mặt y tế nhất quán với ACIP, AAP hoặc giấy quảng cáo cài trong thùng của nhà sản xuất vắc xin. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DTaP | Tên | Số Điện Thoại | Ngày | Ngày | Ngày | Ngày | Ngày |
| Tdap | Tên | Số Điện Thoại | Ngày | | | | |
| Td | Tên | Số Điện Thoại | Ngày | Ngày | Ngày | Ngày | |
| Viêm tủy xám | Tên | Số Điện Thoại | Ngày | Ngày | Ngày | Ngày | |
| MMR | Tên | Số Điện Thoại | Ngày | | Ngày | | |
| Hib | Tên | Số Điện Thoại | Ngày | Ngày | Ngày | | |
| PCV13 | Tên | Số Điện Thoại | Ngày | Ngày | Ngày | Ngày | |
| Viêm Gan B | Tên | Số Điện Thoại | Ngày | Ngày | Ngày | | |
| Thủy Đậu | Tên | Số Điện Thoại | Ngày | | Ngày | | |

Tôi đồng ý với chương trình trên để nhận được các mũi chích chủng ngừa bắt buộc và để nộp hồ sơ lẫn để hoàn thiện Giấy Chứng Nhận Chủng Ngừa.

**Đã Ký:** _____ **Ngày:** _____

phụ huynh/người giám hộ của đứa trẻ hay đứa trẻ trưởng thành được liệt kê bên trên