Cách thức khai xin sự miễn trừ không liên quan y tế mới về những quy định miễn nhiễm tại trường học/cơ sở giữ trẻ tại Oregon, bắt đầu ngày 1 tháng Ba, 2014

1. Hoàn tất phần chỉ dẫn được quy định từ cán sự y tế hoặc đề tài chỉ dẫn về thuốc chích ngừa trên trực tuyến tại www.healthoregon.org/vaccineexemption.
2. Lấy một Giấy Chứng Nhận Chỉ Dẫn về Thuốc Chích Ngừa (Vaccine Education Certificate) từ cán sự y tế hoặc in giấy chứng nhận từ đề tài chỉ dẫn về thuốc chích ngưà trên trực tuyến. Nộp Giấy Chứng Nhận Chỉ Dẫn về Thuốc Chích Ngừa đã hoàn tất cho trường học hoặc nơi giữ trẻ cuả con quý vị cùng với Giấy Chứng Nhận Tình Trạng Chích Ngừa đã hoàn tất.
3. Lấy một Giấy Chứng Nhận Tình Trạng Chích Ngừa (Certificate of Immunization Status) tại trường học hoặc nơi giữ trẻ của con quý vị tại www.1.usa.gov/OregonSchool. Điền phần miễn trừ không liên quan y tế của Giấy Chứng Nhận Tình Trạng Chích Ngừa, đánh dấu vào những thuốc chích ngừa mà quý vị muốn cho con em được miễn không liên quan y tế. Nộp Giấy Chứng Nhận Tình Trạng Chích Ngừa đã hoàn tất cho trường học hoặc nơi giữ trẻ cuả con quý vị cùng với Giấy Chứng Nhận Chỉ Dẫn về Thuốc Chích Ngừa đã hoàn tất.

Lời khuyên hữu ích về việc khai xin miễn trừ không liên quan y tế:

- Một số cán sự y tế có thể không cung cấp Giấy Chứng Nhận Chỉ Dẫn về Thuốc Chích Ngừa. Hãy kiểm lại với cán sự y tế trước tiên.
- Nếu quý vị có đông con muốn xin miễn trừ không liên quan y tế, quý vị cần một Giấy Chứng Nhận Chỉ Dẫn về Thuốc Chích Ngừa cho mỗi em.
- Giữ một bản sao Giấy Chứng Nhận Chỉ Dẫn về Thuốc Chích Ngừa để làm hồ sơ của quý vị.
- Ngày ghi trên Giấy Chứng Nhận Chỉ Dẫn về Thuốc Chích Ngừa và Giấy Chứng Nhận Tình Trạng Chích Ngừa phải trong vòng 12 tháng kể từ ngày quý vị ghi danh con quý vị vào trường học hoặc nơi giữ trẻ.
- Liệt kê quá trình chích ngừa của con quý vị không ảnh hưởng đến quyền lợi cuả quý vị về việc xin miễn trừ không liên quan y tế. Chúng tôi khuyến khích quý vị ghi hồ sơ tất cả chích ngừa mà con em quý vị nhận được để hồ sơ y tế của các em được thật đầy đủ.

Tất cả chúng ta đều góp phần để bảo đảm trẻ em mạnh khỏe và tránh được mọi bệnh tật.
Tại Oregon, tất cả trẻ em đi học hoặc tại nơi giữ trẻ được quy định nhận một số phương thức miễn nhiễm hoặc sự miễn trừ thích hợp liên quan y tế hoặc không liên quan y tế.

Một số người không thể chích ngừa vì bệnh trạng—và sự mắc một căn bệnh có thể ngăn ngưà được bằng thuốc chích ngừa có thể gây tử vong cho họ. Nếu con của quý vị đã bị mắc bệnh , dù cố ý hay không, hãy giữ các em ở nhà ngay khi phát hiện triệu chứng khởi đầu của bệnh.

Trách Nhiệm: Chủ động chọn không chích ngừa cho con quý vị là quyền của phụ huynh; tuy nhiên, sự việc này mang theo một trách nhiệm nghiêm trọng: không để những người khác mắc bệnh truyền nhiễm.

Quyền Lợi: Không ai có thể từ chối quyền của phụ huynh khai xin miễn trừ không liên quan y tế. Nếu quý vị được cho biết quý vị không thể khai xin miễn trừ không liên quan y tế, xin báo cáo về Chương Trình Miễn Nhiễm tại Oregon (Oregon Immunization Program) tại số điện thoại 971-673-0300.

Những Tài Liệu Dành Cho Sự Miễn Trừ Về Quy Định Miễn Nhiễm không Liên Quan Y Tế

VACCINE EDUCATION CERTIFICATE

Health Care Practitioner Documentation

Directions for Health Care Practitioners:
1) Write parent's name below.
2) Mark the boxes below indicating the vaccine-preventable diseases discussed.
3) Sign and date form.
4) Indicate the type of health care practitioner.
5) Fill in clinic name below.
6) If a parent is requesting this form for multiple children, please provide one copy per child.

I have reviewed information about the benefits and risks of vaccination with:

Parent's name *(printed)*: _____

Pursuant to the rules adopted under ORS 433.273, for the following vaccine-preventable diseases:
Mark **"Yes"** or **"No"** for each disease
☐ Yes ☐ No Diphtheria/Tetanus/Pertussis
☐ Yes ☐ No Polio
☐ Yes ☐ No Varicella
☐ Yes ☐ No Measles/Mumps/Rubella
☐ Yes ☐ No Hepatitis B
☐ Yes ☐ No Hepatitis A
☐ Yes ☐ No Hib *(vaccine only required for children younger than 5 years of age)*

Health Care Practitioner's Signature: _____ Date

☐ MD ☐ DO ☐ ND ☐ NP ☐ PA ☐ RN working under the direction of an MD, DO, ND or NP.

Clinic name *(printed)*: _____

Directions for parents for claiming a nonmedical exemption with this certificate:
1) Write your child's name and date of birth on the line below.
2) Turn in this certificate to your child's school or child care facility.
3) Fill out and sign the Nonmedical Exemption section of the Certificate of Immunization Status *(Form number 53-054)* at your child's school or child care facility. You may decline one or more above marked vaccinations for your child.

Child's name *(printed)*: _____ Date of birth

Optional: ORS 433.267 states that this document may include the reason for declining the immunization.
Immunization is being declined because of:
☐ Religious belief ☐ Philosophical belief ☐ Other

Oregon Health Authority
PUBLIC HEALTH DIVISION
Oregon Immunization Program
OHA 4683 (2/2014)

HOẶC

Vaccine Education Certificate of Completion

Parent's name: Blueberry Muffin

has completed the vaccine education module approved by the Oregon Health Authority pursuant to rules adopted under ORS 433.273, for the following checked vaccine-preventable diseases:

~~Tetanus, Diphtheria, and Pertussis~~
~~Polio~~
~~Varicella~~
~~Measles, Mumps and Rubella~~
~~Hepatitis B~~
☑ Hepatitis A
~~Hib~~

Date of completion: 2/20/2014

Child's name _____ Child's date of birth _____

Directions for claiming a nonmedical exemption with this certificate:
1. Write your child's name and date of birth on the line above.
2. Turn in this certificate to your child's school or child care facility.
3. Fill out and sign the Nonmedical Exemption section of your child's Certificate of Immunization Status (CIS) at the school or child care facility. You may decline one or more of the vaccinations listed above. On the CIS, be sure to check each vaccine for which you are exempting your child.

Optional:
ORS 433.267 states that this document may include the reason for declining the immunization.
Immunization is being declined because of:
☐ Religious belief
☐ Philosophical belief
☐ Other

Oregon Health Authority

VÀ

Oregon Certificate of Immunization Status, Page 2
Oregon Health Authority, Immunization Program

STATE OF OREGON 1859

Child's Last Name *Apellido* | First *Primer Nombre* | Middle Initial *Segundo Nombre* | Birthdate *Fecha de Nacimiento*

Recommended Vaccines	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5
Pneumococcal (PCV) (Only in children less than 5 years)					
Meningococcal (MCV4, MPSV4)					
Human Papilloma Virus (HPV) (9 years or older)					
Influenza (Flu)					
Other Vaccine Please specify:					
Other Vaccine Please specify:					

For medical exemptions:
Please submit a *letter* signed by a licensed physician stating:
- Child's name
- Birth date
- Medical condition that contraindicates vaccine
- List of vaccines contraindicated
- Approximate time until condition resolves, if applicable
- Physician's signature and date
- Physician's contact information, including phone number

For Immunity Documentation (history of disease or positive titer): **Please submit a *letter* signed by a licensed physician stating:**
- Child's name and birth date
- Diagnosis or lab report
- Physician's signature and date

Nonmedical Exemption:
I have received information regarding the benefits and risks of immunizations. I understand that my child may be excluded from school or child care attendance if there is a case of disease that could be prevented by vaccine. I have attached the required document from (check one):
☐ A health care practitioner
☐ The vaccine educational module approved by the Oregon Health Authority

I understand that I may decline one or more vaccinations for my child and request that my child be exempted from the following required immunizations (check all that apply):
☐ Diphtheria/ Tetanus/Pertussis ☐ Hepatitis B
☐ Polio ☐ Hepatitis A
☐ Varicella ☐ Hib
☐ Measles/Mumps/Rubella

Signature of Parent or Guardian _____ Date

Optional:
ORS 433.267 states that this document may include the reason for declining the immunization. Immunization is being declined because of
☐ Religious belief ☐ Philosophical belief ☐ Other

I certify that the above information is an accurate record of this child's immunization history and exemption status.
Signature _____ Date
Update Signature _____ Date
Update Signature _____ Date
Update Signature _____ Date

53-05A (01/2014)

Nên nhớ, phụ huynh phải hoàn tất và phát hoàn về trường học hoặc nơi giữ trẻ hai văn kiện để khai xin miễn trừ không liên quan y tế:
1. Giấy Chứng Nhận Chỉ Dẫn về Thuốc Chích Ngừa (Vaccine Education Certificate)
2. Giấy Chứng Nhận Tình Trạng Chích Ngừa (Certificate of Immunization Status)

Muốn biết thêm tin tức, truy cập:
www.healthoregon.org/vaccineexemption

Oregon Health Authority

Vietnamese 2/2014