

Oregon Certificate of Immunization Status

کارت تصدیق واکسیناسیون اورگان



Oregon law requires proof of immunization or exemption signed prior to a child's attendance at school, preschool, child care or home day care. This information is being collected on behalf of the Oregon Health Authority and may be released to the Authority or the local public health department by the school or children's facility upon request of the Authority.

قانون اورگان مکلف میسازد که قبل از حاضر شدن طفل به مکتب، کودکستان، شیرخوارگاه یا شیرخوارگاه خانگی باید این معلومات به نمایندگی از مقامات صحی اورگان جمع تصدیق واکسیناسیون یا مستثنی بودن وی را داشته باشد. آوری میشود و ممکن است نظر به درخواست این اداره توسط مکتب یا یک مرکز اطفال به اختیار این اداره یا ریاست صحت عامه ساحوی قرار داده شود.

Birth date تاریخ تولد	Middle name نام میانی	First name نام	Child's last name تخلص طفل
Phone number نمبر تلفون		Parents' or Guardians' names نام والدین یا سرپرستان	

Write the dates the child received the vaccines

تاریخ تطبیق واکسین ها بالای طفل

Dose 5 دوز 5	Dose 4 دوز 4	Dose 3 دوز 3	Dose 2 دوز 2	Dose 1 دوز 1	Vaccines واکسین ها
					Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTP) (DTaP) دیفتری/کز از/سیاه سرفه
					(Tdap)
					Polio (IPV) پولیو (IPV)
<input type="checkbox"/> Check if child had chickenpox disease <input type="checkbox"/> اگر طفل مصاب به مریضی آبچیچک شده بود، اینجا علامت بزنید Date: تاریخ:					Varicella (Chickenpox) وارسیلا (آبچیچک)
					Measles/Mumps/Rubella (MMR) سرخکان/کله چرک/روبیلا (MMR)
					Hepatitis B هیپاتیت B
					Hepatitis A هیپاتیت A
					Haemophilus Influenzae Type B انفلوینزای هموفیلیس نوع B

I certify that the information on the form is an accurate record of this child's immunizations.

اینجانب تصدیق مینمایم که معلومات موجود در این فورمه، تاریخچه صحیح واکسیناسیون طفل را نشان میدهد.

Date

Signature*

تاریخ

X

امضاء*

Date

Update signature

تاریخ

X

امضای آپدیت

*Parent, guardian, student at least 15 years of age, medical provider or county health department staff person may sign to verify vaccinations.

*والد، سرپرست، متعلم 15 ساله و کلانتر، ارائه کننده مراقبتهای صحی یا پرسونل ریاست صحت کاونتی میتوانند جهت تصدیق واکسیناسیون، امضاء کنند.

Birth date تاریخ تولد	Middle name نام میانی	First name نام	Child's last name تخلص طفل
--------------------------	--------------------------	-------------------	-------------------------------

Medical exemptions and immunity documentation اسناد استثناء بودن و معافیت صحی	Other vaccines received دیگر واکسینهای تطبیق شده		
<p>Medical exemptions and immunity documentation require a letter signed by a licensed physician submitted to your child's school or child care. For the requirements go to www.healthoregon.org/medicalexemptions</p> <p>اسناد استثناء بودن صحی و معافیوی باید یک تصدیق امضاء شده از طرف یک داکتر رسمی باشد که به مکتب طفل شما یا مرکز مراقبتی تسلیم میشود. برای شرایط آن مراجعه کنید به www.healthoregon.org/medicalexemptions</p>	Date تاریخ	Vaccine name نام واکسین	

Nonmedical exemption استثنای غیر صحی

I have received information regarding the benefits and risk of immunizations. I understand my child may be excluded from school or child care if there is a case of disease that could be prevented by vaccine.
من معلوماتی در مورد فواید و خطرات واکسیناسیون دریافت کرده ام. اینجانب میدانم که اگر یک واقعه مریضی وجود داشته باشد که ذریعه واکسین قابل وقایه باشد، ممکن است طفل من از مکتب یا مرکز مراقبت از طفل، اخراج شود.

I have attached the required document from (check one):
من سند ضروری ذیل (یک مورد را علامت بزنید) را ضمیمه کرده ام:

The vaccine module approved by the Oregon Health Authority کارت مودل واکسین تصدیق شده توسط مقامات صحی اورگان

A health care practitioner یک داکتر مراقبتهای صحی

I request that my child be exempted from the following required immunizations (check all that apply):
اینجانب درخواست مینمایم که طفلم از واکسیناسیون های ضروری ذیل معاف شود (تمامی مواردی که صدق میکند را علامت بزنید):

<input type="checkbox"/> Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTP) دیفتری/کز از/سیاه سرفه	<input type="checkbox"/> Polio پولیو	<input type="checkbox"/> Varicella ورسیلا
<input type="checkbox"/> Measles/Mumps/Rubella سرخکان/کله چرک/ربیلا	<input type="checkbox"/> Hepatitis B هیپاتیت B	<input type="checkbox"/> Hepatitis A هیپاتیت A
<input type="checkbox"/> Hib Hib		

Optional اختیاری

Immunizations are being declined because of:

<input type="checkbox"/> Religious belief اعتقادات دینی	<input type="checkbox"/> Philosophical belief اعتقادات فلسفی	<input type="checkbox"/> Other سایر
--	---	--

واکسین های ذیل بخاطر دلایل ذیل تطبیق نشد:

_____ Date _____ X Signature
_____ تاریخ _____ X امضاء

Instructions for Completing the Certificate of Immunization Status

Contact information:

Complete information for your child including full name, birthdate, current mailing address, parents' or guardians' names and phone number. This information will be used to contact you if there are questions about your child's immunization history.

Required vaccines (First page):

Fill in the month/day/year that your child received each dose of vaccine. Doses must be listed in the order received. Check with your child's school or daycare to find out which vaccines are required for your child's age or grade.

Signature:

The parent or guardian signature is a sworn statement that the child's record is accurate. The signature of a physician or local health department is not required but it is acceptable. People 15 years and older can sign their own records. **Every time you add on to your child's information you need to resign the form.**

Other vaccines received (Second page):

For any vaccine not listed on the front, fill in the month/day/year that your child received each dose of vaccine.

Exemptions:

Oregon allows medical and nonmedical exemptions.

For a nonmedical exemption, check the appropriate box and submit one of the following required documents:

1. A certificate signed by a health care practitioner verifying discussion of the benefits and risks of immunization, or
2. A certificate of completion of the vaccine educational module about the benefits and risks of immunization. Indicate which vaccines you are exempting your child from by checking the boxes. Sign and date on the indicated line.

For a medical exemption or proof of immunity, submit a letter from your child's physician to the school or child care.

طرز العمل هایی برای تکمیل کردن کارت تصدیق واکسیناسیون

معلومات تماس:

معلومات مکمل طفل خود را بشمول نام مکمل، تاریخ ولادت، آدرس پست برحال، نام والدین یا سرپرست و نمبر تلفون. اگر در مورد تاریخچه واکسیناسیون طفل شما کدام سوالی وجود داشت از این معلومات برای تماس با شما استفاده خواهد.

واکسین های ضروری (صفحة اول):

تاریخ تطبیق واکسین طفل خود را به شکل month/day/year (سال/روز/ماه) بنویسید. دوزها باید به همان ترتیبی که تطبیق شده اند درج شود. با مکتب یا کودکستان طفل خود مشورت کنید تا متوجه شوید که کدام واکسین برای سن یا صنف طفل شما ضرور است.

امضاء:

امضای والدین یا سرپرست به معنی اقرار تصدیق است مبنی بر اینکه تاریخچه واکسین طفل شما دقیق میباشد. امضای یک داکتر یا ریاست صحت محلی ضرور نیست اما قابل قبول میباشد. اشخاص 15 ساله و کلانتر میتوانند تاریخچه واکسین خود را امضاء کنند. هر مرتبه که معلومات را در مورد طفل خود اضافه میکنید، باید مجدداً فورمه را امضاء کنید.

دیگر واکسین های تطبیق شده (صفحة دوم):

در حصه هر واکسین دیگری که در صفحه اول ذکر نشده است، تاریخ دوز واکسین دریافت شده را به شکل month/day/year (سال/روز/ماه) درج کنید.

استثنائات:

ایالت اورگان استثنائات صحتی و غیرصحتی را در نظر گرفته است.

برای استثنائات غیرصحتی، چوکات مربوطه را علامت بزنیید و یکی از اسناد مورد ضرورت ذیل را ارسال کنید.

1. تصدیق امضاء شده توسط یک متخصص مراقبتهای صحتی که گفتگو در مورد امتیازات و خطرات واکسیناسیون را تایید میکند، یا
2. تصدیقنامه تکمیل دوره تعلیمی واکسین در مورد امتیازات و خطرات واکسیناسیون. ذریعه علامت زدن چوکات ها، معلوم کنید که طفل خود را از دریافت کدام واکسین معاف مینمایید. بالای خط مشخص شده امضاء و تاریخ را درج کنید.

برای استثنائات صحتی یا تصدیق معافیت، یک نامه از داکتر طفل خود به مکتب یا مرکز مراقبت از طفل بیاورید.