

Oregon Certificate of Immunization Status



ใบรับรองสถานะการฉีดวัคซีนของรัฐออริกอน

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.

กฎหมายรัฐออริกอนกำหนดให้มีหลักฐานพร้อมลายเซ็นรับรองการฉีดวัคซีนป้องกันโรค หรือการได้รับข้อยกเว้น ก่อนเด็กจะเข้าโรงเรียน โรงเรียนอนุบาล ศูนย์ดูแลเด็ก หรือศูนย์รับดูแลเด็กกลางวัน

ข้อมูลนี้เป็นการเก็บรวบรวมในนามของหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐออริกอน และเมื่อได้รับการร้องขอ อาจมีการแบ่งปันข้อมูลให้แก่หน่วยงานกำกับดูแลอื่น หรือหน่วยงานสาธารณสุขในท้องถิ่นของโรงเรียน หรือศูนย์ดูแลเด็ก

Child's last name นามสกุลของเด็ก	First name ชื่อ	Middle name ชื่อกกลาง	Birth date วันเดือนปีเกิด
Parents' or Guardians' names ชื่อบิดามารดา หรือผู้ปกครอง		Phone number หมายเลขโทรศัพท์	

Write the dates the child received the vaccines

เขียนวันที่ที่เด็กได้รับการฉีดวัคซีน

Vaccines / วัคซีน	Dose 1 เข็ม 1	Dose 2 เข็ม 2	Dose 3 เข็ม 3	Dose 4 เข็ม 4	Dose 5 เข็ม 5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP) โรคคอตีบ/บาดทะยัก/ไอกรน					
(Tdap)					
Polio (IPV) / โปล์โอิ					
Varicella (Chickenpox) วาริเซลลา (อีสุกอีใส)			<input type="checkbox"/> Check if child had chickenpox disease ภาเครื่องหมาย หากเด็กเคยเป็นโรคอีสุกอีใส		
Measles/Mumps/Rubella (MMR) หัด/คางทูม/หัดเยอรมัน					
Hepatitis B (Hep B)/ ตับอักเสบบี					
Hepatitis A (Hep A)/ ตับอักเสบบี					
Haemophilus Influenzae Type B เชื้อฮีโมฟิลุส อินฟลูเอนซา ชนิด บี					

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลในแบบฟอร์มนี้เป็นข้อมูลประวัติการฉีดวัคซีนที่ถูกต้องของเด็กคนนี้

Signature* ลายมือชื่อ*	Date วันที่
Update signature อัปเดตลายมือชื่อ	Date วันที่

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

* บิดามารดา ผู้ปกครอง นักเรียนที่อายุอย่างน้อย 15 ปี ผู้ให้บริการทางการแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำแคว้นสามารถลงลายมือชื่อเพื่อยืนยันการฉีดวัคซีนได้

Child's last name <i>นามสกุลของเด็ก</i>	First name <i>ชื่อ</i>	Middle name <i>ชื่อย่อกลาง</i>	Birth date <i>วันเดือนปีเกิด</i>

Other vaccines received <i>วัคซีนอื่น ๆ ที่ได้รับ</i>		Medical exemptions and immunity documentation <i>ข้อยกเว้นทางการแพทย์ และเอกสารด้านภูมิคุ้มกัน</i>
Vaccine name <i>ชื่อวัคซีน</i>	Date <i>วันที่</i>	<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><i>ข้อยกเว้นทางการแพทย์ และเอกสารด้านภูมิคุ้มกันจะต้องเป็นจดหมายที่ลงลายมือชื่อโดยแพทย์ที่มีใบอนุญาติ และส่งให้แก่โรงเรียนของเด็ก หรือศูนย์ดูแลเด็ก สำหรับข้อกำหนดต่าง ๆ โปรดดูที่ www.healthoregon.org/medicalexemptions</i></p>

Nonmedical exemption / ข้อยกเว้นที่ไม่ใช่ทางการแพทย์

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. I have attached the required document from (check one):

The vaccine module approved by the Oregon Health Authority
 A health care practitioner

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ และความเสี่ยงของการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ข้าพเจ้าเข้าใจว่าบุตรหลานของข้าพเจ้าอาจถูกคัดออกจากโรงเรียน หรือศูนย์ดูแลเด็ก หากมีกรณีเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารที่ต้องการจาก (เลือกหนึ่งข้อ):

โมดูลวัคซีนที่อนุมัติโดยหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐออริกอน
 เจ้าหน้าที่วิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ

I request that my child be exempted from the following required immunizations (check all that apply):
ข้าพเจ้าร้องขอให้ยกเว้นบุตรหลานของข้าพเจ้าจากการฉีดวัคซีนที่กำหนดไว้ต่อไปนี้ (กาทุกข้อที่เกี่ยวข้อง)

Diphtheria/Tetanus/Pertussis / คอตีบ/บาดทะยัก/ไอกรน Polio/ โปลิโอ Varicella / อีสุกอีใส
 Measles/Mumps/Rubella / หัด/คางทูม/หัดเยอรมัน Hepatitis B / ตับอักเสบบี Hepatitis A/ ตับอักเสบเอ
 Hib/ วัคซีนฮิบ

Optional / เป็นทางเลือก
 Immunizations are being declined because of:
การขอปฏิเสธการฉีดวัคซีนเนื่องจาก:

Religious belief / ความเชื่อทางศาสนา Philosophical belief / ความเชื่อทางปรัชญา
 Other / อื่น ๆ

Signature <i>ลายมือชื่อ</i>		Date <i>วันที่</i>	
--------------------------------	--	-----------------------	--

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 (Front):

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.**

Recommended vaccines (Back):

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.

คำแนะนำในการกรอกใบรับรองสถานะการฉีดวัคซีน

ข้อมูลติดต่อ:

กรอกข้อมูลของบุตรหลานของท่าน รวมถึง ชื่อเต็ม วันเดือนปีเกิด ที่อยู่ทางไปรษณีย์ปัจจุบัน ชื่อบิดามารดา หรือชื่อของผู้ปกครอง พร้อมด้วยเบอร์โทรศัพท์ โดยข้อมูลนี้จะนำไปใช้ในการติดต่อกับท่าน ในกรณีที่มีคำถามเกี่ยวกับประวัติการฉีดวัคซีนของบุตรหลานของท่าน

วัคซีนที่กำหนดไว้ (ด้านหน้า):

กรอกเดือน/วัน/ปี ที่บุตรหลานของท่านได้รับวัคซีนแต่ละครั้ง เรียงลำดับเข้มตามการได้รับ ตรวจสอบกับโรงเรียน หรือศูนย์ดูแลเด็กเพื่อให้ทราบว่วัคซีนใดที่กำหนดไว้สำหรับช่วงอายุ หรือระดับชั้นของบุตรหลานของท่าน

ลายมือชื่อ:

ลายมือชื่อของบิดามารดา หรือผู้ปกครองคือการรับรองว่าข้อมูลของบุตรหลานนั้นถูกต้อง ส่วนลายมือชื่อของแพทย์ หรือแผนกสุขภาพในท้องถิ่นนั้นไม่จำเป็น แต่ก็สามารถยอมรับได้ บุคคลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป สามารถเซ็นชื่อรับรองด้วยตนเองได้ ในทุกครั้งที่ท่านเพิ่มข้อมูลของบุตรหลานของท่าน ท่านจำเป็นต้องเซ็นชื่อกำกับในแบบฟอร์มอีกครั้ง

วัคซีนที่แนะนำ (ด้านหลัง):

สำหรับวัคซีนอื่น ๆ ที่ไม่ได้ระบุชื่อไว้ด้านหน้า ให้กรอกเดือน/วัน/ปี ที่บุตรหลานของท่านได้รับวัคซีนแต่ละเข็ม

ข้อยกเว้น:

รัฐออริกอนอนุญาตให้มีข้อยกเว้นในทางการแพทย์ และที่ไม่ใช่ทางการแพทย์

สำหรับข้อยกเว้นที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ กาเครื่องหมายในช่องที่เหมาะสม

และส่งเอกสารอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

1. ใบรับรองที่มีลายมือชื่อกำกับของเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพที่ทำหน้าที่รับรองการพูดคุยเกี่ยวกับประโยชน์และความเสี่ยงของ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค หรือ
2. ใบรับรองการสำเร็จโมดูลการศึกษาเรื่องวัคซีนในด้านประโยชน์และความเสี่ยงของการฉีดวัคซีน

ระบุวัคซีนที่ท่านจะยกเว้นไม่ใ้บุตรหลานของท่านรับ โดยกาเครื่องหมายที่ช่องสี่เหลี่ยม

ลงชื่อและวันที่ในบรรทัดที่ระบุไว้

สำหรับข้อยกเว้นทางการแพทย์ หรือหลักฐานการฉีดวัคซีน

ให้ส่งจดหมายที่ได้รับจากแพทย์ของบุตรหลานของท่านไปที่โรงเรียน หรือศูนย์ดูแลเด็ก