

# 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.

د اوریکون قانون د معافیت یا د معافیت د کیدو ثبوت ته اړتیا لري چې په ښوونځي کې، دمخه ښوونځي کې، د ماشوم دا معلومات د اوریکون د روغتیا پاملرنه یا د کور د ورځنۍ پاملرنه کې د ماشوم له حاضریدو دمخه لاسلیک شوی وي. ادارې په استازیتوب راټولېږي او د ښوونځي یا د ماشومانو د مرکز لخوا ادارې یا ځایي عامې روغتیا ریاست ته د ادارې په غوښتنه خپریدی شي.

|                                |                          |   |   |
|--------------------------------|--------------------------|---|---|
| Birth date<br>د زیږیدني نېټه   | Middle name<br>منځنی نوم | First name<br>لومړی نوم                                       | Child's last name<br>د ماشوم وروستی نوم |
| Phone number<br>د تلیفون شمېره |                          | Parents' or Guardians' names<br>د والدینو یا سرپرستانو نومونه |   |

Write the dates the child received the vaccines

هغه نېټې ولیکئ چې ماشوم پرې واکسین ترلاسه کړي دي

| Dose 5<br>ډوز 5  | Dose 4<br>ډوز 4 | Dose 3<br>ډوز 3 | Dose 2<br>ډوز 2 | Dose 1<br>ډوز 1 | Vaccines<br>واکسینونه  |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--|
|  |                 |                 |                 |                 | Diphtheria/Tetanus/Pertussis<br>دیفټري یا خناق/ټیتانوس/پرتوسس یا ټوخله<br>(DTaP) |
|  |                 |                 |                 |                 | (Tdap)   |
|  |                 |                 |                 |                 | Polio (IPV)<br>پولیو (IPV)   |
| <input type="checkbox"/> Check if child had chickenpox disease<br><input type="checkbox"/> وگورئ چې آیا ماشوم په شری ناروغی اخته شوی و<br>Date: _____<br>نېټه: _____ |                 |                 |                 |                 | Varicella (Chickenpox)<br>وریسیلا (شری)  |
|  |                 |                 |                 |                 | Measles/Mumps/Rubella (MMR)<br>شری/مپس یا غونډوربوزی/روبیلا (MMR)                |
|  |                 |                 |                 |                 | Hepatitis B<br>هپیتایټس B  |
|  |                 |                 |                 |                 | Hepatitis A<br>هپیتایټس A  |
|  |                 |                 |                 |                 | Haemophilus Influenzae Type B<br>هیموفیلس انفلونزا ډول B                         |

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

زه تصدیق کوم چې په فورمه کې ورکړل شوي معلومات د دې ماشوم د واکسینونو دقیق ریکارډ دی.

Date

Signature\*

نېټه

X

لاسلیک\*

Date

Update signature

نېټه

X

لاسلیک تازه کړئ

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

\* مور/پلار، سرپرست، زده کوونکی چې لږ تر لږه 15 کلن وي، طبي چمتو کوونکی یا د کاونټي د روغتیا څانگې کارمند غړی د واکسین تصدیق کولو لپاره لاسلیک کولی شي.

|                              |                          |                         |   |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------|---|
| Birth date<br>د زېږېدنې نېټه | Middle name<br>منځنی نوم | First name<br>لومړی نوم | Child's last name<br>د ماشوم وروستی نوم |
|                              |                          |                         |   |

|   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
| <b>Medical exemptions and immunity documentation</b><br>د طبي معاف کيدو او معافيت اسناد<br><br>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 <a href="http://www.healthoregon.org/medicalexemptions">www.healthoregon.org/medicalexemptions</a><br><br>د طبي معاف کيدنو او معافيت اسناد ستاسو د ماشوم ښوونځي يا د ماشوم پاملرني ته سپارل شوي د جواز لرونکي ډاکټر لخوا لاسليک شوي ليک ته اړتيا لري. د اړتياو لپاره <a href="http://www.healthoregon.org/medicalexemptions">www.healthoregon.org/medicalexemptions</a> ته لار شئ | <b>Other vaccines received</b><br>نور ترلاسه شوي واکسينونه |                                     |
|   | <b>Date</b><br>نېټه  | <b>Vaccine name</b><br>د واکسين نوم |
|   |  |                                     |
|   |  |                                     |
|   |  |                                     |
|   |  |                                     |
|   |  |                                     |
|   |  |                                     |
|   |  |                                     |
|   |  |                                     |

**Nonmedical exemption**  
 غير طبي معاف کيدنه

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.  
 ما د واکسينونو د گټو او خطرونو په اړه معلومات ترلاسه کړي دي. زه پوهېږم چې زما ماشوم د ښوونځي يا د ماشوم پاملرني څخه ایستل کيدای شي که چېرې د داسې ناروغۍ قضيه پېښه شي چې د واکسين لخوا يې مخنيوی کيدلی شو.

I have attached the required document from (check one):  
 ما اړين سند ضميمه کړی دی له څخه د (يو چېک يا په نښه کړئ):

The vaccine module approved by the Oregon Health Authority  
 د اوريجون روغتيا ادارې لخوا تصويب شوی د واکسين ماډول يا نموني

A health care practitioner  
 د روغتيا پاملرني متخصص

I request that my child be exempted from the following required immunizations (check all that apply):  
 زه غوښتنه کوم چې زما ماشوم دې د لاندې اړين واکسينونو څخه معاف کړل شي (ټول هغه په نښه کړئ چې پلي کيږي):

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria/Tetanus/Pertussis<br>خناق/تيتانوس/توخله | <input type="checkbox"/> Polio<br>پوليو           | <input type="checkbox"/> Varicella<br>وېروسېلا     |
| <input type="checkbox"/> Measles/Mumps/Rubella<br>ه شری/غونډوربوزی/روبيلا   | <input type="checkbox"/> Hepatitis B<br>هپيټايټ B | <input type="checkbox"/> Hepatitis A<br>هپيټايټس A |
| <input type="checkbox"/> Hib  |   |  |

يب

**Optional**  
 اختياري

Immunizations are being declined because of:  
 واکسينونه رد کيږي له امله د:

|  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Religious belief<br>مذهبي عقيدې | <input type="checkbox"/> Philosophical belief<br>اعتقادات فلسفې | <input type="checkbox"/> Other<br>نور |
| _____  | Date<br>تاریخ   | X Signature<br>امضاء                  |
| _____  | _____   | X _____                               |

# 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 بزنید 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.