

# Oregon Certificate of Immunization Status

## شهادة حالة التطعيم في أوريغون

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.



يتطلب قانون ولاية أوريغون تقديم إثبات تلقي التطعيمات أو إعفاء موقع عليه قبل التحاق الطفل بالمدرسة أو الحضانة أو مرافق رعاية الأطفال أو برامج الرعاية النهارية المنزلية. تُجمع هذه المعلومات نيابةً عن هيئة صحة أوريغون، ويجوز للمدرسة أو مرافق رعاية الأطفال تزويد الهيئة أو إدارة الصحة العامة المحلية بها بناءً على طلب الهيئة.

Birth date تاريخ الميلاد	Middle name الاسم الأوسط	First name الاسم الأول	Child's last name الاسم الأخير للطفل
Phone number رقم الهاتف		Parents' or Guardians' names أسماء الوالدين أو الأوصياء	

Write the dates the child received the vaccines

يُرجى كتابة تواريخ حصول الطفل على اللقاحات

Dose 5 الجرعة 5	Dose 4 الجرعة 4	Dose 3 الجرعة 3	Dose 2 الجرعة 2	Dose 1 الجرعة 1	Vaccines / اللقاحات
					Diphtheria/Tetanus/Pertussis الدفتيريا/الكزاز/السعال الديكي (DTaP)
					(Tdap)
					Polio (IPV or OPV) شلل الأطفال (لقاح شلل الأطفال الفموي أو لقاح شلل الأطفال المعطل)
					Varicella (Chickenpox) الحُمَاق (جدري الماء)
					Measles/Mumps/Rubella (MMR) الحصبة/النكاف/الحصبة الألمانية (MMR)
					Hepatitis B (Hep B) التهاب الكبد الوبائي "ب" (Hep B)
					Hepatitis A (Hep A) التهاب الكبد الوبائي "أ" (Hep A)
					Haemophilus Influenzae Type B المستدمية النزلية من النوع ب

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

أقرُّ بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج هي سجل دقيق لتطعيمات هذا الطفل.

Date

التاريخ

Date

التاريخ

Signature\*

\*التوقيع

UpdateSignature

تحديث التوقيع

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

\*بإمكان أي من الوالدين، أو الوصي، أو الطفل في عمر 15 سنة على الأقل، أو مقدم الرعاية الطبية، أو أحد موظفي إدارة الصحة بالمقاطعة التوقيع للتأكيد على تلقي التطعيمات.

Birth date تاريخ الميلاد	Middle name الاسم الأوسط	First name الاسم الأول	Child's last name الاسم الأخير للطفل
-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---

<b>Medical exemptions and immunity documentation</b> الإعفاءات الطبية ووثائق المناعة <p>A medical exemption requires a form completed and signed by a licensed physician or local health department. The form must be submitted to your child's school or child care. Immunity documentation requires a proof from a blood test or documentation from a health care practitioner or local health department. For more information, go to <a href="http://www.healthoregon.org/medicalexemptions">www.healthoregon.org/medicalexemptions</a></p> <p>للإعفاء الطبي، يلزم تقديم نموذج مكمل وموقع من قبل طبيب مرخص أو إدارة الصحة المحلية. يجب تسليم النموذج إلى مدرسة طفلك أو مرفق رعاية الأطفال. أما وثائق المناعة، فتتطلب إثباتاً من خلال فحص دم أو وثيقة من ممارس رعاية صحية أو إدارة الصحة المحلية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني <a href="http://www.healthoregon.org/medicalexemptions">www.healthoregon.org/medicalexemptions</a></p>	<b>Other vaccine received</b> لقاح آخر تم أخذه	
	Date التاريخ	Vaccine name اسم اللقاح

**Nonmedical Exemption / الإعفاء غير الطبي**

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

لقد تلقيتُ معلومات بخصوص فوائد التطعيمات ومخاطرها. أعي إمكانية استبعاد طفلي من المدرسة أو مرفق رعاية الأطفال في حال وجود حالة مرضية يمكن الوقاية منها من خلال لقاح.

لقد أرفقت الوثيقة المطلوبة من (ضع علامة على أحد الخيارين):

وحدة اللقاح المعتمدة من هيئة صحة أوريغون  
ممارس رعاية صحية

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

أطلب إعفاء طفلي من التطعيمات الإلزامية التالية (ضع علامة كل ما ينطبق):

Varicella / الحماق	Polio / شلل الأطفال	Diphtheria/Tetanus/Pertussis / الدفتيريا/الكزاز/السعال الديكي
Hepatitis A / التهاب الكبد الوبائي أ	Hepatitis B / التهاب الكبد الوبائي ب	Measles/Mumps/Rubella / الحصبة/النكاف/الحصبة الألمانية
		Hib / المستدمية النزلية من النوع ب

Optional / اختياري

Immunizations are being declined because of:

يتم رفض التطعيمات للأسباب التالية:

Other / أسباب أخرى	Philosophical belief / معتقد فلسفي	Religious belief / معتقد ديني
--------------------	------------------------------------	-------------------------------

Signature\*  
التوقيع\*

Date  
التاريخ

## 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, submit the Oregon Medical Exemption Form signed by your child's physician to the school or child care.

Immunity documentation requires a proof of disease from a blood test or documentation from a health care practitioner or local health department. Submit this documentation to the school or child care.

## تعليمات لإكمال شهادة حالة التطعيم

### معلومات الاتصال:

يُرجى إكمال المعلومات الخاصة بطفلك، وتشمل الاسم الرباعي، وتاريخ الميلاد، والعنوان البريدي الحالي، وأسماء الوالدين أو الأوصياء، ورقم هاتفهم. سيتم استخدام هذه المعلومات للتواصل معك في حال وجود أي استفسارات بخصوص سجل تطعيمات طفلك.

### اللقاحات المطلوبة (الصفحة الأولى):

دَوْن الشهر/اليوم/السنة التي تلقي فيها طفلك كل جرعة من اللقاح. يجب إدخال الجرعات بالترتيب الذي تم تلقيها به. يمكنك الرجوع إلى مدرسة أو حضنة طفلك لمعرفة اللقاحات المطلوبة لعمره أو صفه الدراسي.

### التوقيع:

إن توقيع الوالد أو الوصي يُعد بمثابة إقرار خطي بأن سجلات الطفل دقيقة وصحيحة. لا يُشترط الحصول على توقيع طبيب أو إدارة الصحة المحلية، ولكن يُقبل به في حال توفره. يُسمح للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 15 عامًا فما فوق بالتوقيع على سجلاتهم بأنفسهم. في كل مرة تضيف فيها معلومات جديدة لسجل طفلك، يجب عليك إعادة التوقيع على النموذج.

### لقاحات أخرى تم أخذها (الصفحة الثانية):

بالنسبة لأي لقاح غير مذكور في الصفحة الأولى، يُرجى تدوين الشهر/اليوم/السنة التي تلقى فيها طفلك كل جرعة من اللقاح.

### الإعفاءات:

تسمح ولاية أوريغون بالإعفاءات الطبية وغير الطبية.

للإعفاء غير الطبي، ضع علامة في المربع المناسب وقدم إحدى الوثيقتين المطلوبتين التاليتين:

1. شهادة موقعة من ممارس رعاية صحية تؤكد مناقشة فوائد التطعيمات ومخاطرها، أو
2. شهادة إتمام وحدة تثقيف باللقاحات حول فوائد التطعيمات ومخاطرها.

حدد اللقاحات التي تعفي طفلك منها عن طريق وضع علامة في المربعات المخصصة. واحرص على التوقيع وتدوين التاريخ في السطر الموضح.

للإعفاء الطبي، يُرجى تقديم نموذج الإعفاء الطبي الخاص بولاية أوريغون، والموقع من قِبل طبيب طفلك، إلى المدرسة أو مرفق رعاية الأطفال.

تتطلب وثائق المناعة إثباتًا بالتمتع بالمناعة ضد مرض ما من خلال فحص دم أو وثيقة من ممارس رعاية صحية أو إدارة الصحة المحلية. يُرجى تقديم هذه الوثائق إلى المدرسة أو مرفق رعاية الأطفال.