



Oregon Certificate of Immunization Status

Справка штата Орегон о статусе иммунизации

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.

Законодательство штата Орегон требует, чтобы документ, подтверждающий иммунизацию или освобождение от нее, был подписан до посещения ребенком школы, дошкольного учреждения, детского сада в учреждении или детского сада домашнего типа. Эта информация собирается от имени Управления здравоохранения штата Орегон и может быть предоставлена управлению или местному отделу общественного здравоохранения школой или детским учреждением по запросу управления.

Child's last name Фамилия ребенка	First name Имя	Middle name Отчество (второе имя)	Birth date Дата рождения
Parents' or Guardians' names Имена родителей или опекунов		Phone number Номер телефона	

Write the dates the child received the vaccines

Впишите даты, когда ребенку были сделаны прививки

Vaccines / Вакцины	Dose 1 Доза 1	Dose 2 Доза 2	Dose 3 Доза 3	Dose 4 Доза 4	Dose 5 Доза 5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis Дифтерия/столбняк/коклюш DTaP					
(Tdap)					
Polio Полиомиелит (IPV)					
Varicella (Chickenpox) Ветряная оспа (ветрянка)			<input type="checkbox"/> Check if child had chickenpox disease Отметьте, болел ли ребенок ветряной оспой ранее Date /Дата _____		
Measles/Mumps/Rubella (MMR) Корь/паротит/краснуха					
Hepatitis B (Hep B)/Гепатит B					
Hepatitis A (Hep A)/Гепатит A					
Гемофильная инфекция типа B Типо B (Hib)					

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

Я подтверждаю, что информация в бланке является точной записью прививок этого ребенка.

Signature* Подпись*		Date Дата	
Update signature Обновленная подпись		Date Дата	

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

* Родитель, опекун, учащийся, достигший возраста 15 лет, поставщик медицинских услуг или сотрудник окружного отдела здравоохранения могут поставить свою подпись для подтверждения прививок.

Child's last name Фамилия ребенка	First name Имя	Middle name Отчество (второе имя)	Birth date Дата рождения

Other vaccines received Другие полученные вакцины		Medical exemptions and immunity documentation Освобождения по медицинским показаниям и документация об иммунитете
Vaccine name Название вакцины	Date Дата	<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>К освобождению по медицинским показаниям и документу об иммунитете требуется приложить письмо, подписанное сертифицированным врачом, которое должно быть отправлено в школу или детский сад вашего ребенка. Требования см. на веб-сайте www.healthoregon.org/medicalexemptions</p>

Nonmedical exemption / Освобождение по немедицинским показаниям

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

Я получил(-а) информацию о пользе и риске иммунизации. Я понимаю, что мой ребенок может быть исключен из школы или детского сада при выявлении случая заболевания, которое можно предотвратить с помощью вакцины.

Я приложил(-а) требуемый документ (отметьте один вариант):

- После просмотра образовательного модуля о вакцинации, одобренного Управлением здравоохранения штата Орегон
 От медицинского работника

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

Я прошу, чтобы мой ребенок был освобожден от следующих обязательных прививок (отметьте все применимые варианты):

<input type="checkbox"/> Diphtheria/Tetanus/Pertussis /Дифтерия/столбняк/коклюш	<input type="checkbox"/> Polio/ Полиомиелит	<input type="checkbox"/> Varicella / Ветряная оспа
<input type="checkbox"/> Measles/Mumps/Rubella / Корь/паротит/краснуха	<input type="checkbox"/> Hepatitis B/ Гепатит В	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/ Гепатит А
<input type="checkbox"/> Hib/ Гемофильная инфекция типа В		

Optional / Заполняется по желанию

Immunizations are being declined because of:

Отказ от вакцинации по следующей причине:

- Religious belief /Религиозные убеждения Philosophical belief /Философские убеждения
 Other / Другое

Signature Подпись		Date Дата	
----------------------	--	--------------	--

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.

Инструкции по заполнению справки иммунизации

Контактная информация:

Полная информация о вашем ребенке, включая полное имя, дату рождения, почтовый адрес в настоящее время, имена, фамилии родителей или опекунов и номер телефона. Эта информация будет использоваться для связи с вами в случае возникновения вопросов о ранее сделанных вашему ребенку прививок.

Обязательные прививки (лицевая сторона):

Укажите месяц/день/год, когда ваш ребенок получил каждую дозу вакцины. Дозы должны быть перечислены в порядке их получения. Обратитесь в школу или детский сад своего ребенка, чтобы узнать, какие вакцины требуются по возрасту вашего ребенка или уровню обучения.

Подпись:

Подпись родителя или опекуна представляет собой заверенное заявление о том, что документация ребенка верна. Подпись врача или местного отдела здравоохранения не требуется, но будет принята. Лица, достигшие возраста 15 лет и старше могут расписываться в своей документации самостоятельно. **Каждый раз, когда вы добавляете информацию о своем ребенке, вам необходимо заново подписывать бланк документа.**

Рекомендуемые прививки (оборотная сторона):

В отношении любой вакцины, не указанной на лицевой стороне, укажите месяц/день/год, когда ваш ребенок получил каждую дозу вакцины.

Освобождения:

В штате Орегон допускаются освобождения по медицинским и немедицинским показаниям.

В отношении освобождения по немедицинским показаниям отметьте соответствующий пункт и предоставьте один из следующих обязательных документов:

1. Справка, подписанная практикующим врачом, подтверждающая обсуждение преимуществ и рисков иммунизации или
2. Справка о завершении образовательного модуля о вакцинации, в котором говорится о пользе и рисках иммунизации.

Укажите, от каких вакцин вы просите освобождение для своего ребенка, отметив соответствующие пункты. Поставьте подпись и дату в указанной строке.

Что касается освобождения по медицинским показаниям или подтверждения иммунитета, отправьте соответствующее письмо от врача вашего ребенка в школу или детский сад.