



Oregon Certificate of Immunization Status

Сертификат об иммунизации в штате Орегон

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.

Согласно закону штата Орегон перед посещением ребенком школы, дошкольного учреждения, детского сада или домашнего детского сада необходимо подтвердить наличие прививок или предоставить подписанное освобождение от них. Эта информация собирается от имени Управления здравоохранения штата Орегон и может быть предоставлена Управлению или местному отделу общественного здравоохранения школой или детскому учреждению по запросу Управления.

Child's last name Фамилия ребенка	First name Имя	Middle name Среднее имя	Birth date Дата рождения
Parents' or Guardians' names Имя и фамилия родителя или опекуна		Phone number Номер телефона	

Write the dates the child received the vaccines

Напишите даты, когда ребенок был вакцинирован

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 <i>Дифтерия/столбняк/кохлюш</i> (DTaP)					
(Tdap)					
Polio (IPV or OPV) <i>Полиомиелит (IPV или OPV)</i>					
Varicella (Chickenpox) <i>Ветряная оспа (ветрянка)</i>					
Measles/Mumps/Rubella (MMR) <i>Корь/паротит/краснуха (MMR)</i>					
Hepatitis B (Hep B) / Гепатит B (Hep B)					
Hepatitis A (Hep A) / Гепатит A (Hep A)					
Haemophilus Influenzae Type B <i>Гемофильная инфекция типа b (Hib)</i>					

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

Я подтверждаю, что информация в этой форме является точной записью об иммунизации этого ребенка.

Signature*

Date

Подпись*

Дата

UpdateSignature

Date

Обновить

Дата

подпись

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

* Родитель, опекун, ребенок не моложе 15 лет, медицинский работник или сотрудник окружного отдела здравоохранения могут поставить свою подпись, чтобы подтвердить наличие прививок.

Nonmedical exemption / Освобождение по немедицинским причинам

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

Мне предоставили информацию о пользе и риске вакцинации. Я понимаю, что мой ребенок может быть исключен из школы или детского сада в случае заболевания, которое можно было предотвратить с помощью вакцины. Я прилагаю необходимые документы от/из (отметьте один вариант):

Модуля вакцин, одобренного Управлением здравоохранения штата Орегон

Мои
Внучки

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

Я прошу освободить моего ребенка от следующих обязательных прививок (отметьте все, что применимо):

Diphtheria/Tetanus/Pertussis / Дифтерия/столбняк/кохлюз | Polio / Полиомиелит

Varicella / Ветряная оспа **Measles/Mumps/Rubella / Коль/паротит/краснуха/**

Hepatitis B / Гепатит B Hepatitis A / Гепатит A Hib Hib

Optional / Необязательно

Optional / Необязательно
Immunizations are being declined because of:

Immunizations are being declined because of:

Religious belief / Религиозные убеждения *Philosophical belief / Философские убеждения*

Other /
Пряре

Signature*

Signature
Лебедев*

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 (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.

Инструкция по заполнению Сертификата об иммунизации

Контактная информация

Полная информация о вашем ребенке, включая полное имя, дату рождения, текущий почтовый адрес, имена родителей или опекунов и номер телефона. Эта информация будет использоваться для связи с вами, если возникнут вопросы по поводу иммунизации вашего ребенка.

Обязательные вакцины (первая страница)

Укажите месяц/день/год, когда ваш ребенок получил каждую дозу вакцины. Дозы должны быть указаны в порядке их получения. Узнайте в школе или в детском саду вашего ребенка, какие вакцины требуются для его возраста или класса.

Подпись

Подпись родителя или опекуна — это присяжное заявление о том, что данные ребенка верны. Подпись врача или местного отдела здравоохранения не обязательна, но допустима. Лица в возрасте от 15 лет могут подписывать свои данные самостоятельно. **Каждый раз, когда вы добавляете информацию о своем ребенке, вам нужно заново заполнить форму.**

Другие полученные вакцины (вторая страница)

Для всех вакцин, не указанных на лицевой стороне, укажите месяц/день/год, когда ваш ребенок получил каждую дозу вакцины.

Освобождение

В штате Орегон допускается освобождение по медицинским и немедицинским показаниям.

Для получения немедицинского исключения отметьте соответствующее поле и предоставьте один из следующих необходимых документов:

1. Сертификат, подписанный практикующим врачом, подтверждающий обсуждение преимуществ и рисков иммунизации, или
2. Сертификат о прохождении образовательного модуля о пользе и рисках иммунизации.

Укажите, от каких вакцин вы освобождаете своего ребенка, отметив соответствующие поля. Подпишите и поставьте дату в указанной строке.

Чтобы получить освобождение по медицинским показаниям, подайте в школу или детский сад форму медицинского освобождения штата Орегон, подписанную врачом вашего ребенка.

Для подтверждения иммунитета необходимо подтвердить наличие перенесенного заболевания анализом крови или документами от медицинского работника или местного отдела здравоохранения. Предоставьте эти документы в школу или детский сад.