



Oregon Certificate of Immunization Status

เอกสารรับรองสถานะการสร้างภูมิคุ้มกันของรัฐโอเรกอน

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.

กฎหมายของรัฐโอเรกอนกำหนดให้ต้องแสดงหลักฐานการสร้างภูมิคุ้มกันหรือการยกเว้น ที่มีการลงนามก่อนที่เด็กจะเข้าโรงเรียน โรงเรียนอนุบาล สถานดูแลเด็ก หรือการดูแลเด็กที่บ้าน การเก็บรวบรวมข้อมูลนี้ดำเนินการในนามของหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐโอเรกอน (Oregon Health Authority) และทางโรงเรียนหรือสถานดูแลของเด็กละเลยจะเผยแพร่ข้อมูลนี้ต่อหน่วยงานกำกับดูแลหรือองค์กรสาธารณสุขในท้องถิ่น เมื่อมีการร้องขอโดยหน่วยงานกำกับดูแล

Child's last name นามสกุลของเด็ก	First name ชื่อจริง	Middle name ชื่อย่อ	Birth date วันเดือนปีเกิด
Parents' or Guardians' names ชื่อของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง		Phone number หมายเลขโทรศัพท์	

Write the dates the child received the vaccines

ระบุวันที่ที่เด็กได้รับวัคซีน

Vaccines / วัคซีน	Dose 1 ครั้งที่ 1	Dose 2 ครั้งที่ 2	Dose 3 ครั้งที่ 3	Dose 4 ครั้งที่ 4	Dose 5 ครั้งที่ 5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis โรคคอตีบ/บาดทะยัก/ไอกรน (DTaP)					
(Tdap)					
Polio (IPV or OPV) / โปลิโอ (IPV หรือ OPV)					
Varicella (Chickenpox) โรคอีสุกอีใส					
Measles/Mumps/Rubella (MMR) โรคคางทูม/หัด/หัดเยอรมัน (MMR)					
Hepatitis B (Hep B) / ไวรัสตับอักเสบบี (Hep B)					
Hepatitis A (Hep A) / ไวรัสตับอักเสบเอ (Hep A)					
Haemophilus Influenzae Type B โรคติดเชื้อฮิโมฟิลุส อินฟลูเอนซา ชนิดบี					

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลบนเอกสารนี้เป็นบันทึกข้อมูลการรับวัคซีนที่ถูกต้องของเด็กรายนี้

Signature*

ลายมือชื่อ*

Update Signature

อัปเดตลายเซ็น

Date

วันที่

Date

วันที่

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

*บิดามารดา ผู้ปกครอง เด็กที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ผู้ให้บริการทางการแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสาธารณสุขของเคาน์ตี สามารถลงนามเพื่อยืนยันสถานะการได้รับวัคซีนได้

Child's last name นามสกุลของเด็ก	First name ชื่อจริง	Middle name ชื่อย่อกลาง	Birth date วันเดือนปีเกิด																		
Other vaccine received วัคซีนอื่นที่ได้รับ		Medical exemptions and immunity documentation ข้อยกเว้นทางการแพทย์และเอกสารเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vaccine name ชื่อวัคซีน</th> <th>Date วันที่</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Vaccine name ชื่อวัคซีน	Date วันที่																	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 www.healthoregon.org/medicalexemptions การยกเว้นทางการแพทย์ต้องใช้แบบฟอร์มที่กรอกและลงนามโดยแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตหรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ จะต้องส่งแบบฟอร์มนี้ไปที่โรงเรียนหรือสถานรับเลี้ยงเด็กของบุตรหลานของคุณ เอกสารรับรองการได้รับภูมิคุ้มกันต้องมีหลักฐานการตรวจเลือดหรือใบรับรองแพทย์หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมโปรดดูที่ www.healthoregon.org/medicalexemptions	
Vaccine name ชื่อวัคซีน	Date วันที่																				

Nonmedical exemption / ข้อยกเว้นที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์
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

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และความเสี่ยงของการสร้างภูมิคุ้มกันแล้ว ข้าพเจ้าเข้าใจว่าบุตรของข้าพเจ้าอาจไม่สามารถเข้าโรงเรียนหรือสถานดูแลเด็กได้ ในกรณีที่เกิดโรคที่อาจป้องกันได้ด้วยวัคซีน
ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารที่จำเป็นจาก (เลือกหนึ่งตัวเลือก):
โมดูลวัคซีนที่ได้รับอนุมัติจากหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐโอเรกอน
ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ

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

Diphtheria/Tetanus/Pertussis / โรคคอตีบ/บาดทะยัก/ไอกรน	Polio / โปลิโอ	Varicella / อีสุกอีใส
Measles/Mumps/Rubella / โรคหัด/คางทูม/หัดเยอรมัน	Hepatitis B / ไวรัสตับอักเสบบี	Hepatitis A / โรคตับอักเสบบี
Hib โรคฮิบ		

Optional / ทางเลือก
Immunizations are being declined because of:
การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันถูกปฏิเสธเนื่องจาก:

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

Signature*
ลายมือชื่อ *

Date
วันที่

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.

คำแนะนำสำหรับการกรอกข้อมูลในเอกสารรับรองสถานะการสร้างภูมิคุ้มกัน

ข้อมูลติดต่อ:

กรอกข้อมูลสำหรับลูกของคุณ รวมถึงชื่อเต็ม วันเดือนปีเกิด ที่อยู่ทางไปรษณีย์ในปัจจุบัน ชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง เราจะใช้ข้อมูลนี้เพื่อติดต่อคุณ หากมีคำถามใด ๆ เกี่ยวกับประวัติการรับวัคซีนของลูกของคุณ

วัคซีนที่จำเป็น (หน้าแรก):

กรอกเดือน/วัน/ปีที่ลูกของคุณได้รับวัคซีนแต่ละครั้ง ต้องระบุวัคซีนตามลำดับที่ได้รับ ตรวจสอบกับโรงเรียนหรือสถานดูแลเด็กของลูกของคุณว่าต้องรับวัคซีนชนิดใดบ้างตามอายุหรือระดับชั้นเรียนของลูกของคุณ

ลายมือชื่อ:

ลายมือชื่อของบิดามารดาหรือผู้ปกครองคือคำรับรองว่าข้อมูลของเด็กมีความถูกต้อง การลงลายมือชื่อโดยแพทย์หรือหน่วยงานสุขภาพในท้องถิ่นนั้นไม่จำเป็น แต่สามารถยอมรับได้ ผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไปสามารถลงนามกำกับบันทึกข้อมูลของตนเองได้ **ทุกครั้งที่คุณเพิ่มข้อมูลของลูกของคุณ คุณต้องลงนามในเอกสารใหม่**

วัคซีนอื่นๆ ที่ได้รับ (หน้าสอง):

สำหรับวัคซีนใดก็ตามที่ไม่มีระบุไว้ที่ด้านหน้า ให้กรอกเดือน/วัน/ปีที่ลูกของคุณได้รับวัคซีนแต่ละครั้ง

ข้อยกเว้น:

รัฐโอเรกอนอนุญาตให้มีข้อยกเว้นในทางการแพทย์และที่ไม่ใช่การแพทย์

สำหรับข้อยกเว้นที่ไม่ใช่การแพทย์ ให้เลือกช่องที่เหมาะสมและส่งเอกสารที่กำหนดรายการใดรายการหนึ่งดังต่อไปนี้:

- เอกสารรับรองที่ลงนามโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งรับรองว่าการพูดคุยถึงประโยชน์และความเสี่ยงของการสร้างภูมิคุ้มกัน หรือ
- เอกสารรับรองการเรียนรู้ข้อมูลของวัคซีน เกี่ยวกับประโยชน์และความเสี่ยงของการสร้างภูมิคุ้มกัน

ระบุว่าคุณต้องการให้ลูกของคุณได้รับการยกเว้นสำหรับวัคซีนชนิดใดโดยการทำเครื่องหมายเลือกช่องต่าง ๆ ลงนามและวันที่กำกับบนบรรทัดที่กำหนด

หากต้องการการยกเว้นทางการแพทย์ โปรดส่งแบบฟอร์มการยกเว้นทางการแพทย์ของรัฐโอเรกอนที่ลงนามโดยแพทย์ที่รับรองให้กับบุตรหลานของคุณให้กับโรงเรียนหรือสถานรับเลี้ยงเด็ก

เอกสารรับรองการได้รับภูมิคุ้มกันต้องมีหลักฐานแสดงการเจ็บป่วยจากการตรวจเลือดหรือใบรับรองแพทย์หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ยื่นเอกสารนี้ต่อโรงเรียนหรือสถานรับเลี้ยงเด็ก