



Oregon Certificate of Immunization Status

Сертифікат про статус імунізації штату 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.

Закон штату Орегон вимагає підтвердження імунізації або звільнення від імунізації, підписаного до відвідування дитиною школи, дошкільного виховного закладу, закладу догляду за дітьми чи закладу денного догляду. Ця інформація збирається від імені Управління охорони здоров'я штату Орегон і може бути передана Управлінню або місцевому відділу охорони здоров'я школою або дитячим закладом на запит Управління.

| | | | |
|--|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Child's last name Прізвище дитини | First name Ім'я | Middle name По батькові | Birth date Дата народження |
| Parents' / Guardians' names / Імена батьків або опікунів | | Phone number / Номер телефону | |

Write the dates the child received the vaccines

Напишіть дати, коли дитина отримала вакцини

| Vaccines / Вакцини | Dose 1 Доза 11 | Dose 2 Доза 2 | Dose 3 Доза 3 | Dose 4 Доза 4 | Dose 5 Доза 5 |
|--|-------------------|------------------|---|------------------|------------------|
| Diphtheria/Tetanus/Pertussis Дифтерія/правець/кашлюк (DTaP) / (АКДП) | | | | | |
| (Tdap) / (КДП) | | | | | |
| Polio (IPV) Поліомієліт (ІПВ) | | | | | |
| Varicella (Chickenpox) Вірянка (вітряна віспа) | | | <input type="checkbox"/> Check if child had chickenpox disease Перевірте, чи хворіла дитина на вітряну віспу Date / Дата: | | |
| Measles/Mumps/Rubella (MMR) Кір/паротит/краснуха (КПК) | | | | | |
| Hepatitis B (Hep B) Гепатит В (ген. В) | | | | | |
| Hepatitis A (Hep A) Гепатит А (ген. А) | | | | | |
| Haemophilus Influenzae Type B Haemophilus Influenzae mny B | | | | | |

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

Я підтверджую, що інформація, наведена у формі, є точним записом стану імунізації цієї дитини.

Signature*

Підпис* X

Date

Дата

Update signature

Оновити підпис X

Date

Дата

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

* Батько/мати, опікун, студент віком від 15 років, медичний працівник або працівники відділу охорони здоров'я округу можуть поставити підпис, щоб підтвердити вакцинацію.

| | | | |
|---|---------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Child's last name <i>Прізвище дитини</i> | First name <i>Ім'я</i> | Middle name <i>По батькові</i> | Birth date <i>Дата народження</i> |
|---|---------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|

| Other vaccines received <i>Інші отримані вакцини</i> | | Medical exemptions and immunity documentation <i>Медичні звільнення та документація про імунітет</i> |
|---|---------------------|---|
| Vaccine name <i>Назва вакцини</i> | Date <i>Дата</i> | |
| | | 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 <i>Для медичних звільнень та документації про імунітет потрібен лист, підписаний ліцензованим лікарем, надісланий до школи або закладу догляду за дитиною. Вимоги див. на веб-сайті www.healthoregon.org/medicalexemptions</i> |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Nonmedical exemption / Немедичне звільнення

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 отримав інформацію про переваги та ризики імунізації. Я розумію, що моя дитина може бути виключена зі школи чи закладу догляду за дітьми, якщо виникне випадок захворювання, якому можна запобігти за допомогою вакцини.

Я додав(-ла) необхідний документ з (позначити один варіант):

- Модуль вакцинації, затверджений Управлінням охорони здоров'я штату Орегон
- Лікар

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

Я прошу звільнити мою дитину від таких обов'язкових щеплень (позначити всі, які застосовуються):

- Diphtheria/Tetanus/Pertussis / Дифтерія/правець/кашлюк
- Polio / Поліомієліт
- Varicella / Вітряна віспа
- Measles/Mumps/Rubella / Кір/паротит/краснуха
- Hepatitis B / Генатит В
- Hepatitis A / Генатит А
- Hib / Гемофільна інфекція

Optional / Необов'язково

Immunizations are being declined because of:

Від імунізації відмовляються через:

- Religious belief / Релігійні переконання
- Philosophical belief / Філософські переконання
- Other / Інше

Signature

Підпис X

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.

Інструкції щодо заповнення Сертифікату про статус імунізації

Контактна інформація:

Повна інформація про вашу дитину, включаючи повне ім'я, дату народження, поточну поштову адресу, імена батьків або опікунів та номер телефону. Ця інформація буде використовуватися для зв'язку з вами, якщо виникнуть запитання щодо історії імунізації вашої дитини.

Необхідні вакцини (лицьова сторона):

Заповніть місяць/день/рік, коли ваша дитина отримала кожну дозу вакцини. Дози повинні бути перераховані в порядку отримання. Зверніться до школи чи дитячого садка вашої дитини, щоб дізнатися, які вакцини потрібні для віку або класу вашої дитини.

Підпис:

Підпис одного з батьків або опікуна є юридичною заявою про точність запису про дитину. Підпис лікаря або місцевого відділу охорони здоров'я не потрібен, але прийнятний. Особи віком від 15 років можуть підписувати власні записи. **Кожного разу, коли ви додаєте інформацію про свою дитину, ви повинні повторно підписати форму.**

Рекомендовані вакцини (зворотна сторона):

Для будь-якої вакцини, не зазначеної на лицьовій стороні, заповніть місяць/день/рік, коли ваша дитина отримувала кожну дозу вакцини.

Винятки:

Штат Орегон дозволяє медичні та немедичні звільнення.

Щоб отримати немедичне звільнення, позначте відповідне поле і подайте один з таких необхідних документів:

1. Сертифікат, підписаний медичним працівником, що підтверджує обговорення переваг та ризиків імунізації, або
2. Сертифікат про проходження освітнього модуля щодо вакцинації про переваги та ризики імунізації.

Вкажіть, від яких вакцин ви звільняєте свою дитину, поставивши позначки. Підпис і дата у зазначеному рядку.

Щоб отримати медичне звільнення або підтвердження наявності імунітету, надішліть лист від лікаря вашої дитини до школи або дитячого закладу.