



适用于学校、托儿所和学前免疫要求

孩子的姓氏: _____ 名字: _____ 中间名首字母: _____ 出生日期 (月/日/年): _____

注意: 家长或监护人可以通过将此填妥的表格提交给孩子的学校和/或托儿所, 使其孩子豁免下方列出的疫苗接种。已豁免疫苗接种的人士会被视为有患上疫苗接种所能预防的疾病 (或多种疾病) 的风险。被豁免的孩子/学生在他们尚未完全接种疫苗所能预防的疾病爆发期间, 可能被学校或托儿机构和活动排除在外。疫苗可预防的疾病仍然存在, 并且可以在学校和托儿机构中迅速传播。免疫接种是保护人们免于患有和传播可能导致严重疾病、残疾或死亡的疾病的最佳方法之一。

个人/哲学或宗教豁免 (Personal/Philosophical or Religious Exemption)

我将豁免我的孩子在上学或上托儿所时须针对以下疾病接种疫苗的要求。

(选择豁免类型和您希望孩子豁免的疫苗接种):

个人/哲学豁免*

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria (白喉) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B (乙型肝炎) | <input type="checkbox"/> Hib (乙型流感嗜血杆菌) | <input type="checkbox"/> Pneumococcal (肺炎球菌) |
| <input type="checkbox"/> Polio (脊髓灰质炎) | <input type="checkbox"/> Pertussis (Whooping Cough) 【百日咳 (百日咳)】 | <input type="checkbox"/> Tetanus (破伤风) | <input type="checkbox"/> Varicella (Chickenpox) 【水痘 (水痘)】 |

*根据州法律, 麻疹、腮腺炎或风疹可能不会因个人/哲学原因而被豁免

宗教豁免

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria (白喉) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B (乙型肝炎) | <input type="checkbox"/> Hib (乙型流感嗜血杆菌) | <input type="checkbox"/> Pneumococcal (肺炎球菌) |
| <input type="checkbox"/> Polio (脊髓灰质炎) | <input type="checkbox"/> Pertussis (Whooping Cough) 【百日咳 (百日咳)】 | <input type="checkbox"/> Tetanus (破伤风) | <input type="checkbox"/> Varicella (Chickenpox) 【水痘 (水痘)】 |
| <input type="checkbox"/> Measles (麻疹) | <input type="checkbox"/> Mumps (腮腺炎) | <input type="checkbox"/> Rubella (风疹) | |

家长/监护人声明 (Parent/Guardian Declaration)

一种或多种要求的疫苗与我的个人、哲学或宗教信仰相冲突。我与医疗保健从业者已讨论免疫接种的益处和风险 (下方已签名)。有人告诉我, 如果我的孩子已豁免的疫苗可预防疾病爆发, 我的孩子可能在爆发期间被学校或托儿所排除在外。此表格上的信息完整无误。

X

家长/监护人姓名 (印刷体书写)

家长/监护人签名

日期

Health Care Practitioner Declaration

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington State.

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

MD ND DO ARNP PA

Washington License # _____

宗教成员豁免 (Religious Membership Exemption)

如果您属于反对使用医学治疗的教会或宗教, 则仅填写此部分。如果您对疫苗接种有宗教异议, 但您的教会或宗教的信仰或教义允许您的孩子接受医生和护士等医疗专业人士的治疗, 则使用上方部分。

家长/监护人声明 (Parent/Guardian Declaration)

我是上述孩子的父母或法定监护人。我确认我是教会或宗教的成员, 其教义不允许医疗保健从业者为我的孩子提供医学治疗。有人告诉我, 如果我的孩子已豁免的疫苗可预防疾病爆发, 我的孩子可能在爆发期间被学校或托儿所排除在外。此表格上的信息完整无误。

X

家长/监护人姓名 (印刷体书写)

家长/监护人签名

日期



孩子的姓氏: _____ 名字: _____ 中间名首字母: _____ 出生日期 (月/日/年): _____

注意: 当医疗保健从业者已确定孩子因医疗原因而不宜接受特定疫苗接种时, 可以使用此表格使孩子豁免接种疫苗的要求。此表格必须由医疗保健从业者填写并由家长/监护人签名。被豁免的孩子/学生在他们尚未完全接种疫苗所能预防的疾病爆发期间, 可能被学校或托儿所排除在外。疫苗可预防的疾病仍然存在, 并且可以在学校和托儿机构中迅速传播。

Medical Exemption

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine required by rule of the Washington State Board of Health only if in his or her judgment, the vaccine is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine (RCW 28A.210.090). Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommendations via the Centers for Disease Control and Prevention publication, "Guide to Vaccine Contraindications and Precautions," or the manufacturer's package insert. The ACIP guide can be found at:

www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html

Please indicate which vaccine antigen(s) the **medical** exemption is referring to. If the patient is not exempt from certain antigen(s), mark "not exempt.":

Disease 疾病	Not Exempt 未豁免	Temporary Exempt 永久豁免	Permanent Exempt 临时豁免	Expiration Date for Temporary Exempt 临时医疗的截止日期
Diphtheria (白喉)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B (乙型肝炎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hib (乙型流感嗜血杆菌)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Measles (麻疹)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mumps (腮腺炎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertussis (百日咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumococcal (肺炎球菌)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polio (脊髓灰质炎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubella (风疹)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tetanus (破伤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicella (水痘)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Health Care Practitioner Declaration

I declare that vaccination for the disease/s checked above is not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed in Washington State, and the information provided on this form is complete and correct.

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

MD ND DO ARNP PA

Washington License # _____

家长/监护人声明 (Parent/Guardian Declaration)

我与准予此医疗豁免的医疗保健从业者已讨论免疫接种的益处和风险。有人告诉我, 如果我的孩子已豁免的疫苗可预防疾病爆发, 我的孩子可能在爆发期间被学校或托儿所排除在外。此表格上的信息完整无误。

X

家长/监护人姓名 (印刷体书写)

家长/监护人签名

日期