



## คำแถลงเกี่ยวกับการยกเว้นกฎหมายภูมิคุ้มกันโรค

**โปรดทราบ:**

บุตรของท่านสามารถได้รับการยกเว้น (ผ่อนผัน) จากการรับภูมิคุ้มกันโรคได้ เนื่องจากเหตุผลทางการแพทย์ เหตุผลส่วนตัว หรือเหตุผลทางศาสนา อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่โรคที่สามารถฉีดวัคซีนป้องกันได้เกิดระบาดขึ้นมา แต่บุตรของท่านยังไม่ได้รับการสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรคนี้ บุตรของท่านอาจถูกห้ามไปโรงเรียน โรงเรียนอนุบาล หรือสถานรับเลี้ยงเด็กก็ได้ จนกว่าการระบาดของโรคนั้นจะสิ้นสุดลง

<input type="checkbox"/> <b>การยกเว้นด้วยเหตุผลทางการแพทย์</b>	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเนื่องจากเหตุผลทางการแพทย์ เด็กที่มีชื่ออยู่ในแบบฟอร์มนี้ จึงได้รับการยกเว้นจากการบังคับให้ฉีดวัคซีนต่อไปนี้ คือ	
วัคซีน (เดี่ยวหรือหลายวัคซีน)	จนกระทั่ง _____ วันที่ _____
พิมพ์ / เขียน ชื่อผู้ให้การดูแลรักษาสุขภาพที่มีใบอนุญาต (MD, DO, ND, PA, ARNP) ด้วยตัวบรรจง	
ลายเซ็น ของผู้ให้การดูแลรักษาสุขภาพที่มีใบอนุญาต	วันที่ _____

<input type="checkbox"/> <b>การยกเว้นด้วยเหตุผลส่วนตัว</b>	<input type="checkbox"/> <b>การยกเว้นด้วยเหตุผลทางศาสนา</b>
ข้าพเจ้าขอคัดค้านการรับภูมิคุ้มกันโรค ข้าพเจ้าทราบดีว่า บุตรของข้าพเจ้าอาจถูกห้ามไปโรงเรียน ในระหว่างที่โรคกำลังระบาดอยู่	
ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้บุตรข้าพเจ้ารับการฉีดวัคซีนต่อไปนี้	
วัคซีน (เดี่ยวหรือหลายวัคซีน)	_____
ลายเซ็นของบิดามารดา หรือ ผู้ปกครอง	วันที่ _____

<b>เอกสารเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันโรค</b>	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเด็กที่มีชื่ออยู่ในแบบฟอร์มนี้มีหลักฐานจากห้องปฏิบัติการว่าภูมิคุ้มกัน โรคหัด / คางทูม / หัดเยอรมัน / อีสุกอีใส (กรุณาวางกลมที่คำตอบ)	
แนนผล TITER มาด้วย	
_____	
พิมพ์ / เขียน ชื่อผู้ให้การดูแลรักษาสุขภาพที่มีใบอนุญาต (MD, DO, ND, PA, ARNP) ด้วยตัวบรรจง	
ลายเซ็น หรือ ตราประทับ ของผู้ให้การดูแลรักษาสุขภาพที่มีใบอนุญาต	วันที่ _____

ดู ข้อมูลเพิ่มเติม ได้ที่

<http://www.cdc.gov/nip/recs/child-schedule.htm#Printable>

<http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/schools.htm>