

Nhập ngày cho mỗi loại vắc-xin mà con quý vị đã nhận được cho đến nay. Ghi rõ tháng, ngày và năm của mỗi liều, chẳng hạn như 01/01/2010.

Mẫu tiêm chủng

Tên _____ Ngày sinh _____

Tiêm chủng cần thiết cho các chương trình trông trẻ, mầm non và trường học.

Vắc-xin	Mới sinh cho đến 6 tháng	12 -24 tháng	Mẫu giáo	Lớp 7	Lớp 12
Hepatitis B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP, DT, Td)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Pneumococcal (PCV)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Polio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Measles, Mumps, Rubella (MMR)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chickenpox (varicella)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hepatitis A		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Tdap)				<input type="text"/>	
Meningococcal (MCV4)				<input type="text"/>	<input type="text"/>

Luật của tiểu bang Minnesota yêu cầu trẻ em ghi danh vào chương trình trông trẻ, giáo dục mầm non hoặc trường học phải được chủng ngừa một số bệnh, trừ khi trẻ được miễn trừ vì lý do y tế hoặc phi y tế.

Hướng dẫn dành cho phụ huynh hoặc người giám hộ:

- Điền vào các ngày theo thứ tự thời gian ngay cả khi con quý vị đã nhận được vắc-xin ngoài hạng mục tuổi/lớp của ô đó. Tùy vào độ tuổi của con quý vị, cháu có thể chưa nhận được tất cả các vắc-xin; một số ô sẽ được để trống.
 - Nếu quý vị có một bản sao lịch sử tiêm chủng của con mình thì có thể đính kèm một bản sao thay vì hoàn thành mặt trước của mẫu này.
 - Bác sĩ hoặc phòng khám của con quý vị có thể cung cấp một bản sao lịch sử tiêm chủng của cháu. Nếu quý vị bị thiếu hoặc cần thông tin về lịch sử tiêm chủng của con mình, hãy trao đổi với bác sĩ của cháu hoặc gọi cho bộ phận Kết nối Thông tin Chủng ngừa Minnesota (Minnesota Immunization Information Connection hay MIIC) theo số 651-201-3980 hoặc 800-657-3970.
- Ký vào hoặc lấy các chữ ký cần thiết cho mặt sau của mẫu này.
 - Ghi nhận các miễn trừ vì lý do y tế và/hoặc phi y tế trong phần 1.
 - Xác nhận tiền sử bị bệnh thủy đậu (trái rạ) trong phần 2.
 - Cung cấp sự đồng ý để chia sẻ thông tin tiêm chủng (tùy chọn) trong phần 3.

Hướng dẫn: Hoàn thành phần 1 để ghi nhận miễn trừ vì lý do y tế hoặc phi y tế, phần 2 để xác nhận tiền sử bị bệnh thủy đậu và phần 3 để đồng ý chia sẻ thông tin tiêm chủng. Tên _____

1. Ghi nhận miễn trừ vì lý do y tế và/hoặc phi y tế (A và/hoặc B).

Đánh dấu X vào ô để cho biết việc miễn trừ vì lý do y tế hoặc phi y tế. Nếu có các miễn trừ cho nhiều loại vắc-xin, hãy đánh dấu X cho mỗi loại vắc-xin.

Vắc-xin	Miễn trừ y tế	Miễn trừ phi y tế
Diphtheria, Tetanus, and Pertussis		
Polio		
Measles, Mumps, Rubella		
<i>Haemophilus influenzae</i> type b		
Chickenpox (varicella)		
Pneumococcal		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Meningococcal		

A. Miễn trừ y tế: Bằng chữ ký của mình dưới đây, tôi xác nhận rằng đứa trẻ này không nên nhận vắc-xin được đánh dấu X trong bảng vì lý do y tế (chống chỉ định) hoặc vì có xác nhận của phòng thí nghiệm rằng trẻ đã được miễn dịch.

Chữ ký: _____ Ngày: _____
(của chuyên viên chăm sóc sức khỏe*)

2. Tiền sử bệnh thủy đậu (trái rạ). Đứa trẻ này đã bị thủy đậu vào tháng và năm _____

Chữ ký của tôi dưới đây có nghĩa là tôi xác nhận rằng đứa trẻ này không cần vắc-xin thủy đậu vì:

Tôi là một chuyên viên chăm sóc sức khỏe và đứa trẻ này trước đây được chẩn đoán mắc bệnh thủy đậu hoặc phụ huynh của trẻ đã cung cấp một bản mô tả cho thấy đứa trẻ này đã bị thủy đậu trong quá khứ.

Tôi là phụ huynh hay người giám hộ và đứa trẻ này đã bị thủy đậu vào hoặc trước ngày 1 tháng 9 năm 2010.

Chữ ký: _____ Ngày: _____
(của chuyên viên chăm sóc sức khỏe *, đại diện của một phòng khám công cộng hoặc phụ huynh/người giám hộ). Phụ huynh có thể ký nếu bệnh thủy đậu xảy ra trước tháng 9 năm 2010.

* Chuyên viên chăm sóc sức khỏe được định nghĩa là bác sĩ được cấp phép, y tá lành nghề hoặc trợ lý bác sĩ.

B. Miễn trừ phi y tế: Một đứa trẻ không bắt buộc phải chủng ngừa nếu điều đó trái với niềm tin của phụ huynh hay người giám hộ của trẻ. Tuy nhiên, lựa chọn không tiêm phòng có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe hoặc tính mạng của con quý vị hoặc những người khác mà chúng tiếp xúc. Trẻ em chưa được tiêm chủng mà tiếp xúc với một loại bệnh phòng ngừa được bằng vắc-xin có thể được yêu cầu ở nhà không đến nơi trông trẻ, trường học và các hoạt động khác để bảo vệ chúng và những người khác.

Bằng chữ ký của mình, tôi xác nhận rằng đứa trẻ này sẽ không nhận được vắc-xin được đánh dấu X trong bảng vì niềm tin của tôi. Tôi ý thức được rằng con tôi có thể phải ở nhà không đến nơi trông trẻ, đi học và các hoạt động khác nếu có tiếp xúc với bệnh.

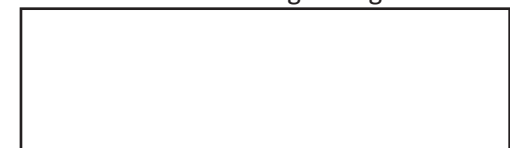
Chữ ký: _____ Ngày: _____
(của phụ huynh hoặc người giám hộ với sự có mặt của công chứng viên)

Miễn trừ phi y tế cũng phải được một công chứng viên ký tên và đóng dấu:

Tài liệu này đã được công nhận trước tôi
vào _____ (ngày)
bởi _____
(tên của phụ huynh hay người giám hộ)

Chữ ký công chứng viên: _____

Con dấu của công chứng viên



TIỂU BANG MINNESOTA, QUẬN/HẠT _____

3. Đồng ý chia sẻ thông tin tiêm chủng: Trường học này đang xin phép việc chia sẻ thông tin hồ sơ tiêm chủng của con quý vị với hệ thống thông tin tiêm chủng của Minnesota. Sự cho phép của quý vị sẽ:

- Giúp cho quý vị và trường học của con quý vị kiểm tra hồ sơ tiêm chủng của cháu để dàng hơn, chẳng hạn như vào mỗi lần nhập học hàng năm.
- Hỗ trợ trường học của con quý vị trong việc giúp bảo vệ học sinh bằng cách biết trẻ nào có thể dễ bị bệnh dựa trên hồ sơ tiêm chủng của trẻ. Điều này có thể quan trọng trong một đợt bùng phát bệnh.

Theo luật của tiểu bang Minnesota, tất cả thông tin quý vị cung cấp là riêng tư và chỉ có thể được tiết lộ cho những người được ủy quyền nhận thông tin đó. Việc ký vào phần này của mẫu là tùy chọn. Nếu quý vị chọn không ký thì điều đó sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ y tế hoặc giáo dục mà con quý vị nhận được.

Tôi đồng ý cho phép trường học của con tôi chia sẻ tài liệu tiêm chủng của cháu với hệ thống thông tin tiêm chủng của Minnesota:

Chữ ký: _____ Ngày: _____
(của phụ huynh/người giám hộ)