

Oregon Certificate of Immunization Status

شهادة ولاية أوريغون لحالة التطعيم



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.

يشترط قانون ولاية أوريغون على إثبات موقع للتطعيم أو الإعفاء عنه قبل التحاق الطفل في المدرسة، أو برنامج ما قبل المدرسة، أو رعاية الطفل أو الرعاية النهارية المنزلية. تُجمع هذه المعلومات بالنيابة عن هيئة أوريغون الصحية (Oregon Health Authority) ويمكن إرسالها إلى الهيئة أو إدارة الصحة العامة المحلية من خلال المدرسة أو منشأة الأطفال بناءً على طلب الهيئة.

Birth date تاريخ الميلاد	Middle name الاسم الأوسط	First name الاسم الأول	Child's last name اسم الطفل الأخير
Phone number رقم الهاتف	Parents' or Guardians' names أسماء الوالدين أو الأوصياء		

Write the dates the child received the vaccines

أكتب التواريخ التي حصل فيها الطفل على اللقاحات

Dose 5 الجرعة الخامسة	Dose 4 الجرعة الرابعة	Dose 3 الجرعة الثالثة	Dose 2 الجرعة الثانية	Dose 1 الجرعة الأولى	Vaccines / اللقاحات
					Diphtheria/Tetanus/Pertussis الخناق/الكزاز (التيتانوس)/السعال الديكي
					(Tdap)
					شلل الأطفال (IPV)
<input type="checkbox"/> Check if child had chickenpox disease تأكد مما إذا كان الطفل مصابًا بمرض جدري الماء _____ / Date / التاريخ					Varicella (Chickenpox) الفارسيلا (جدري الماء)
					Measles/Mumps/Rubella (MMR) الحصبة/النكاف/الحميراء (الحصبة الألمانية)
					Hepatitis B (Hep B) التهاب الكبد ب
					Hepatitis A (Hep A) التهاب الكبد أ
					(Haemophilus Influenzae Type B) المستدمية النزلية نوع ب

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

أشهد أن المعلومات الواردة في النموذج تمثل سجل دقيق للقاحات التي تلقاها هذا الطفل.

Date التاريخ	Signature* التوقيع*
Date التاريخ	Update signature تحديث التوقيع

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

قد يوقع الوالد(ة) أو الوصي(ة) أو الطالب(ة) الذي لا يقل عمره عن 15 عامًا أو مقدم الخدمات الطبية أو موظف إدارة الصحة بالمقاطعة للتحقق من اللقاحات.

Birth date تاريخ الميلاد	Middle name الاسم الأوسط	First name الاسم الأول	Child's last name اسم الطفل الأخير

Medical exemptions and immunity documentation الإعفاءات الطبية ووثائق المناعات	Other vaccines received اللقاحات الأخرى التي تلقاها		
<p>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</p> <p>تتطلب الإعفاءات الطبية ووثائق المناعات رسالة موقعة من قبل طبيب مرخص مقدمة إلى مدرسة طفلك أو خدمات رعاية الطفل. للوصول إلى المتطلبات إذهب إلى www.healthoregon.org/medicalexemptions</p>	Date التاريخ	Vaccine name اسم اللقاح	

Nonmedical exemption / الإعفاء غير الطبي

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

لقد تلقيت المعلومات حول فوائد اللقاحات وخطرها. أفهم أن طفلي قد يُستبعد من المدرسة أو رعاية الطفل إذا كانت هناك حالة مرض يمكن الوقاية منها باللقاح. لقد أرفقت الوثيقة اللازمة من (أشرف على واحدة منها):

وحدة اللقاح المعتمدة لدى هيئة أوريغون الصحية.

ممارس في الرعاية الصحية

I request that my child be exempted from the following required immunizations (check all that apply):
أطلب إعفاء طفلي من اللقاحات المطلوبة التالية (ضع علامة على كل ما ينطبق):

<input type="checkbox"/> Varicella / الحمق	<input type="checkbox"/> Polio / شلل الأطفال	<input type="checkbox"/> Diphtheria/Tetanus/Pertussis
<input type="checkbox"/> Hepatitis A / التهاب الكبد أ	<input type="checkbox"/> Hepatitis B / التهاب الكبد ب	<input type="checkbox"/> Measles/Mumps/Rubella / الحصبة/النكاف/الحميراء (الحصبة الألمانية)
		<input type="checkbox"/> Hib

Optional / اختياري

Immunizations are being declined because of:

تُرفض اللقاحات للأسباب التالية:

Philosophical belief / المعتقد الفلسفي

Religious belief / المعتقد الديني

Other / غير ذلك

	Date التاريخ	Signature التوقيع

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.

تعليمات لاستكمال الشهادة لحالة التطعيم

معلومات الاتصال:

أكمل المعلومات المتعلقة بطفلك بما في ذلك اسمه الكامل، وتاريخ ميلاده، وعنوانه البريدي الحالي، وأسماء الوالدين أو الأوصياء وأرقام هواتفهم. سنستخدم هذه المعلومات للاتصال بك إن كانت هنالك أسئلة حول تاريخ اللقاحات لطفلك.

اللقاحات المطلوبة (الوجه الأمامي):

أكتب الشهر/اليوم/السنة التي تلقى فيها طفلك كل جرعة من اللقاح. يجب إدراج الجرعات حسب ترتيب تلقيها. تحقق من مدرسة طفلك أو مركز الرعاية اليومية لمعرفة اللقاحات المطلوبة لسن طفلك أو صفه.

التوقيع:

يُعتبر توقيع الوالد(ة) أو الوصي(ة) بيان محلف حول دقة سجل الطفل. لا يُطلب التوقيع من قبل طبيب أو الإدارة الصحية المحلية لكنه مقبول. بإمكان الأشخاص في سن الـ15 سنة فما فوق التوقيع على سجلاتهم. يجب إعادة توقيعك على النموذج كل مرة تضيف فيها معلومات حول طفلك.

اللقاحات الموصى بها (الوجه الخلفي):

أكتب الشهر/اليوم/السنة التي تلقى فيها طفلك كل جرعة من اللقاح لأي لقاح غير مدرج في الوجه الأمامي.

الإعفاءات:

تسمح ولاية أوريغون بإصدار الإعفاءات الطبية وغير الطبية.

ضع إشارة على المربع المناسب لكل إعفاء غير طبي، وقدم إحدى الوثائق المطلوبة:

1. شهادة موقعة من ممارس للرعاية الصحية للتحقق من مناقشة فوائد ومخاطر اللقاحات، أو

2. شهادة إكمال الوحدة التعليمية للقاحات بشأن فوائد ومخاطر اللقاح.

حدد اللقاحات التي تعفي طفلك منها من خلال التأشير على المربعات. ضع توقعك والتاريخ على السطر المشار إليه.

قدم رسالة من طبيب طفلك إلى المدرسة أو جهة الرعاية بالطفل للحصول على إعفاء طبي أو دليل على المناعة.