ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານຈະຕ້ອງ ຮັບການສັກຢາປ້ອງກັນຕໍ່ໄປນີ້:

ຕອນເກີດ: HepB
ອາຍຸ **2** ເດືອນ: DTaP, HepB, Hib, Pneumo, Polio, RV
ອາຍຸ **4** ເດືອນ: DTaP, HepB*, Hib, Pneumo, Polio, RV
ອາຍຸ **6** ເດືອນ: DTaP, HepB, Hib, Pneumo, Polio, RV
ອາຍຸ **12** ເດືອນ: HepA, Hib, MMR, Pneumo, Var
ອາຍຸ **15** ເດືອນ: DTaP
ອາຍຸ **18** ເດືອນ: HepA
ອາຍຸ **6** ເດືອນຮອດວັນເກີດຄົບຮອບອາຍຸ **5** ປີ ແລະເປັນເດັກທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງ: ໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່ (ທຸກງ ລະດູໄປໄມ້ຫຼົ່ນ)

DTaP=ພະຍາດຄໍຕີບ, ບາດທະຍັກ, ໄອໄກ່
HepA/HepB=ພະຍາດຕັບອັກເສບA/ພະຍາດຕັບອັກເສບ B
Hib=ເຍື່ອຫຸ້ມສະໝອງອັກເສບ Hib, ໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່ B
MMR=ໝາກແດງ, ຄາງຫູມ, ໄຂ້ອອກໝາກເຍັຽຣະມັນ
Pneumo=ຢາສັກປ້ອງກັນປອດບວມສຳລັບເດັກນ້ອຍ
RV=ໄວຣັສໂຣຕາ
Var=ໝາກໃສ
*ຖ້າວ່າໃຫ້ຢາສັກຊຸດທີ 1 ເມື່ອອາຍຸ 2 ເດືອນ ແທນທີ່ຕອນເກີດ

♥ ໂດຍຄວາມຮັກແພງ.♥

Arnold Schwarzenegger, Governor
State of California

Kimberly Belshé, Secretary
Health and Human Services Agency

Mark B. Horton, MD, MSPH, Director
California Department of Public Health

Immunization Branch
850 Marina Bay Parkway • Richmond, CA 94804

ບໍ່ມີຄວາມຮັກໃດ ຄືຄວາມຮັກຂອງພໍ່ແມ່.♥

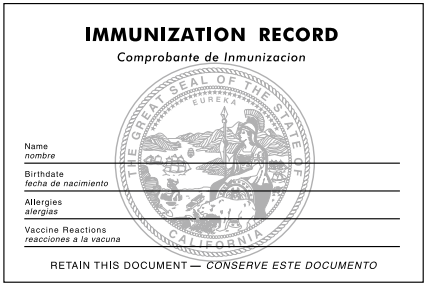
IMM-704 Laotian (11/06)

ດຽວນີ້ ທ່ານມີລູກນ້ອຍຜູ້ໃໝ່ທີ່ຈະຮັກແພງ.

ຈົ່ງ ໃຫ້ຄວາມຮັກລູກນ້ອຍທ່ານຫຼາຍໆ. **ແລະ** ຈົ່ງໃຫ້ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ຕາມເວລານຳນິດ. ການສັກຢານັ້ນຈະຊ່ວຍໃຫ້ລູກນ້ອຍ ທ່ານມີຄວາມປອດພັຍ ຈາກພະຍາດບາງຢ່າງທີ່ເປັນອັນຕະລາຍຫຼາຍ.

ລູກນ້ອຍ ຂອງທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ເທື່ອທຳອິດ ເມື່ອ**ຕອນເກີດ**. ລາຍການຢູ່ໜ້າຫຼັງສະແດງເວລານຳນິດ ສຳລັບການສັກຢາເທື່ອຕໍ່ໄປ. ໃຫ້ສັກຢາແຕ່ລະເທື່ອ**ຕາມເວລານຳນິດ** ເພື່ອໃຫ້ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານປອດພັຍ. ໃຫ້ນັດກັບທ່ານໝໍ ຫຼື ຄລີນິກຂອງທ່ານ ດຽວນີ້ເພື່ອຮັບການສັກຢາເທື່ອທຳອິດ.

ທ່ານໝໍ ຫຼືນາງພະຍາບານ ຈະເອົາ**ໃບປະຫວັດການສັກຢາ** ຂອງລູກນ້ອຍ ໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ນຳບັດນັ້ນໄປທຸກເທື່ອທີ່ພາລູກນ້ອຍຂອງ ທ່ານໄປຫາທ່ານໝໍ ຫຼື ຄລີນິກ. ທ່ານຈະຕ້ອງ ສະແດງບັດນັ້ນອີກດ້ວຍ ເມື່ອລູກຂອງທ່ານໄດ້ເຂົ້າຫ້ອງ ດູແລເດັກແລະໂຮງຮຽນ. ກະຮຸນາຮັກສາບັດນັ້ນໄວ້ໃຫ້ປອດພັຍ: ເພາະລູກນ້ອຍຂອງທ່ານ ຈະຕ້ອງໄດ້ໃຊ້ບັດນັ້ນຕະຫຼອດຊີວິດ.


IMMUNIZATION RECORD

Comprobante de Inmunizacion

Name
nombre

Birthdate
fecha de nacimiento

Allergies
alergias

Vaccine Reactions
reacciones a la vacuna

RETAIN THIS DOCUMENT — *CONSERVE ESTE DOCUMENTO*