

ประกาศเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันที่จำเป็น

เรียน พ่อแม่/ผู้ปกครองของ _____

บันทึกของเราระบุว่าบุตรหลานของท่านท่านต้องได้รับวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน (การฉีด) ดังต่อไปนี้เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมายการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันแห่งโรงเรียนในรัฐแคลิฟอร์เนีย ประมวลกฎหมายมาตราสุขภาพและความปลอดภัย 120325-120375:

วัคซีน	ปริมาณที่ขาดหายไป ทำเครื่องหมายด้านล่าง	วันกำหนดส่ง
โปลิโอ	<input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2 <input type="checkbox"/> #3 <input type="checkbox"/> #4	_____
DTaP (Tdap หรือ Td ถ้าอายุ 7 ปี หรือมากกว่า)	<input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2 <input type="checkbox"/> #3 <input type="checkbox"/> #4 <input type="checkbox"/> #5	_____
MMR	<input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2	_____
Hib (เด็กเล็ก/ก่อนวัยเรียนเท่านั้น)	<input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2 <input type="checkbox"/> #3 <input type="checkbox"/> #4	_____
ไวรัสตับอักเสบบ	<input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2 <input type="checkbox"/> #3	_____
สุกใส (อีสุกอีใส)	<input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2	_____
Tdap (สำหรับมัธยม 1 - 6)	<input type="checkbox"/> #1	_____

ท่านต้องทำอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าดังต่อไปนี้ทันที

1. หากบุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีนทั้งหมดที่ทำเครื่องหมายไว้ด้านบนแล้ว
ให้นำบันทึกการฉีดวัคซีนมาให้เราเพื่อให้เราอัปเดตแฟ้ม
บันทึกของบุตรหลานของท่านต้องมีวันที่รับการฉีดวัคซีนที่ทำเครื่องหมายไว้ด้านบนและชื่อแพทย์/คลินิก
2. หากบุตรหลานของท่านยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนทั้งหมดที่ทำเครื่องหมายไว้ด้านบน
ให้นำแบบฟอร์มนี้พร้อมกับบันทึกการฉีดวัคซีนของบุตรหลานของท่านไปให้แพทย์หรือแผนกสุขภาพในพื้นที่เพื่อ
รับการฉีดวัคซีนที่ทำเครื่องหมายไว้ด้านบน นำบันทึกการฉีดวัคซีนที่อัปเดตแล้วของบุตรหลานของท่าน
มาให้เราหลังจากการฉีดวัคซีนทุกครั้งจนกว่าบุตรหลานของท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนที่จำเป็น
ทั้งหมด
3. หากไม่มีการฉีดวัคซีนใด ๆ เหล่านี้แก่บุตรหลานของท่านเนื่องจากเหตุผลทางการแพทย์
โปรดนำจดหมายยกเว้นทางการแพทย์ที่ลงนามโดยแพทย์ของบุตรหลานของท่าน (MD หรือ DO
ที่ได้รับอนุญาตในแคลิฟอร์เนีย) มาให้เรา

ตามกฎหมายของรัฐ เราไม่อนุญาตให้บุตรหลานของท่านเข้าร่วมวันแต่เรา
จะได้รับหลักฐานว่าได้มีการทำตามข้อกำหนดด้านบนภายในวันนี้ _____

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรงเรียนเตรียมอนุบาล (การดูแลเด็กหรือก่อนวัยเรียน)
และข้อกำหนดการสร้างภูมิคุ้มกันด้านทานในโรงเรียน โปรดไปที่ www.shotsforschool.org

หากมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โปรดโทร _____

นับถือ