

Certificate of Exemption—Personal/Religious

(د معافېدو سند — شخصي/مذهبي)

ښوونځي، د ماشومانو پاملرنې، او واکسينو اړتياوو لپاره



د ماشوم وروستی نوم:

لومړی نوم:

منځنی اولنی:

د زېږېدو نېټه (مياشت او رځ اکال):

څېړنې: والدين يا سرپرست د خپل ماشوم د دې بشپړ شوي فورمې د ماشوم ښوونځي او/يا د ماشوم پاملرنې ته په سپارلو سره لاندې لېست شوي واکسينونو څخه معاف کولی شي. هغه څوک چې د واکسين کولو څخه معاف شوي د ناروغۍ يا ناروغيو په خطر کې گڼل کېږي چې واکسين به د خونديتوب وړانديز کوي. يو معاف شوی ماشوم/ زده کونکی کېدای شي د ناروغۍ د خپرېدو په وخت کې د ښوونځي يا د ماشوم پاملرنې ترتيباتو او فعاليتونو څخه وايستل شي چې دوی يې په وړاندې په بشپړ ډول واکسين شوي نه دي. د واکسين مخنيوی وړ ناروغۍ لاهم شتون لري، او په ښوونځي او د ماشوم پاملرنې ترتيباتو کې په چټکۍ سره خپرېدلی شي. واکسين کول يو له غوره لارو څخه دی چې خلک د ناروغيو له خپرېدو څخه ساتي چې د جدي ناروغۍ، معيوبیت يا مړينې لامل کېدی شي.

شخصي / فلسفي يا مذهبي معافېدل (Personal/Philosophical or Religious Exemption)

زه خپل ماشوم د دې اړتيا څخه معافوم چې زما ماشوم بايد ښوونځي يا د ماشوم پاملرنې ته د تلو لپاره د لاندې ناروغۍ (ناروغيو) پر وړاندې واکسين شي. (د معافېدو ډول او هغه واکسينونه وټاکي چې تاسو غواړئ خپل ماشوم ترې معاف کړئ):

شخصي/فلسفي معافېدنه * (Personal/Philosophical Exemption)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ډېفټريا (Diphtheria) | <input type="checkbox"/> هپاټايټس B (Hepatitis B) | <input type="checkbox"/> هېموفلايي انفلونزا ډول B (Hib) | <input type="checkbox"/> نيموکوکل (Pneumococcal) |
| <input type="checkbox"/> پوليو (Polio) | <input type="checkbox"/> توره توخلي (توخي) (Pertussis) | <input type="checkbox"/> ټيټانوس (Tetanus) | <input type="checkbox"/> چيچک (شري يا سرخکان) (Varicella) |
- * شري، ممپس، يا روبېلا ممکن د دولتي قانون له مخې د شخصي/فلسفي دلایلو لپاره معاف نه وي

مذهبي معافېدنه (Religious Exemption)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ډېفټريا (Diphtheria) | <input type="checkbox"/> هپاټايټس B (Hepatitis B) | <input type="checkbox"/> هېموفلايي انفلونزا ډول B (Hib) | <input type="checkbox"/> نيموکوکل (Pneumococcal) |
| <input type="checkbox"/> پوليو (Polio) | <input type="checkbox"/> توره توخلي (توخي) (Pertussis) | <input type="checkbox"/> ټيټانوس (Tetanus) | <input type="checkbox"/> چيچک (شري يا سرخکان) (Varicella) |
| <input type="checkbox"/> شري (Measles) | <input type="checkbox"/> ممپس (Mumps) | <input type="checkbox"/> روبېلا (Rubella) | |

د والدينواسرپرست اعلاميه (Parent/Guardian Declaration)

يو يا څو اړين واکسينونه زما له شخصي، فلسفي او مذهبي عقيدې سره په ټکر کې دي. ما د روغتيا پاملرنې له متخصص سره د واکسينو د گټو او خطرونو په اړه بحث کړی دی چې (لاندې لاسليک شوی). ما ته ويل شوي چې که د واکسين د مخنيوي وړ خپرېدونکي ناروغۍ رامنځته شي چې زما ماشوم ترې معاف دی، زما ماشوم ښايي د خپرېدو د مودې لپاره د دوی ښوونځي يا د ماشوم پاملرنې څخه ايستل شي. په دې فورمه کې معلومات بشپړ او سم دي.

X

د والدينواسرپرست نوم (پرنت)

د والدينواسرپرست لاسليک

نېټه

Health Care Practitioner Declaration

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington State.

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

MD ND DO ARNP PA

Washington License # _____

د مذهبي غړيتوب معافېدنه (Religious Membership Exemption)

دا برخه يوازې هغه وخت بشپړه کړئ چې تاسو د يوې کلیسا يا مذهب سره تړاو لرئ چې د طبي درملني په کارولو اعتراض کوي. که د واکسينولو په اړه مذهبي اعتراض لرئ پورتنۍ برخه وکاروئ خو ستاسو د کلیسا يا مذهب عقيدې يا تعليمات ستاسو ماشوم ته اجازه ورکوي چې د طبي متخصصينو لکه ډاکټرانو او نرسانو لخوا درملنه وشي.

د والدينواسرپرست اعلاميه (Parent/Guardian Declaration)

زه د پورته نومول شوي ماشوم والدينو مور يا پلار يا قانوني سرپرست يم. زه تصدیق کوم چې زه د يوې کلیسا يا مذهب غړی يم چې درس به د روغتيا پاملرنې متخصصينو ته اجازه نه ورکوي چې زما ماشوم ته طبي درملنه ورکړي. ما ته ويل شوي چې که د واکسين د مخنيوي وړ خپرېدونکي ناروغۍ رامنځته شي چې زما ماشوم ترې معاف دی، زما ماشوم ښايي د خپرېدو د مودې لپاره د دوی ښوونځي يا د ماشوم پاملرنې څخه ايستل شي. په دې فورمه کې معلومات بشپړ او سم دي.

X

د والدينواسرپرست نوم (پرنت)

د والدينواسرپرست لاسليک

نېټه

Certificate of Exemption—Medical

د معافېدو سند — طبي



بڼوونځي، د ماشومانو پاملرنې، او واکسينو اړتياوو لپاره

د زېږېدو نېټه (مياشت او رځ/کال):

منځنی اوښی:

لومړی نوم:

د ماشوم وروستی نوم:

څېړنې: دا فورمه بڼايي د واکسينولو اړتيا څخه د ماشوم د معافېدو لپاره وکارول شي کله چې د روغتيا پاملرنې متخصص دا معلومه کړي چې د طبي دلایلو له مخې ماشوم ته ځانگړي واکسين د مشورې وړ نه دي. دا فورمه بايد د روغتيا پاملرنې متخصص لخوا ډکه شي او د مور او پلار والدینو/سرپرست لخوا لاسليک شي یو معاف شوی ماشوم/زده کونکی بڼايي د ناروغۍ د څېړېدو په وخت کې د بڼوونځي يا د ماشوم پاملرنې ترتیباتو او فعالیتونو څخه ایستل شي چې دوی یې په وړاندې په بشپړ ډول واکسين شوي نه دي. د واکسين مخنیوی وړ ناروغۍ لاهم شتون لري، او په بڼوونځي او د ماشوم پاملرنې ترتیباتو کې په چټکۍ سره څېړېدلی شي.

Medical Exemption

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine required by rule of the Washington State Board of Health only if in their judgment, the vaccine is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine (RCW 28A.210.090). Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommendations via the Centers for Disease Control and Prevention publication, "Guide to Vaccine Contraindications and Precautions," or the manufacturer's package insert. The ACIP guide can be found at: www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html.

Please indicate which vaccination the **medical** exemption is referring to by disease. If the patient is not exempt from certain vaccinations, mark "not exempt."

Expiration Date for Temporary Medical (د لنډمهاله طبي لپاره د پای نېټه)	Temporary Exempt (لنډ مهاله معافېدنه)	Permanent Exempt (دایمي معافېدنه)	Not Exempt (معافېدنه نه لري)	Disease (ناروغي)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diphtheria (دبفتریا)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B (هپاتایټس B)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hib (هیبیموفالای انفلونزا ډول B)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Measles (شری)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mumps (ممپس)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pertussis (توره توڅلي)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumococcal (پنموکوکل)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio (پولیو)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubella (روبیلا)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tetanus (ټیتانوس)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varicella (چیچک)

Health Care Practitioner Declaration

I declare that vaccination for the disease(s) checked above is/are not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed in Washington State, and the information provided on this form is complete and correct.

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

MD ND DO ARNP PA

Washington License # _____

د والدینو/سرپرست اعلامیه (Parent/Guardian Declaration)

ما د روغتيا پاملرنې له متخصص سره د واکسينو د گټو او خطرونو په اړه بحث کړی دی چې دا معافېدنه یې راکوله. ما ته ویل شوي چې که د واکسين د مخنیوي وړ څېړېدونکي ناروغۍ رامنځته شي چې زما ماشوم ترې معاف دی، زما ماشوم بڼايي د څېړېدو د مودې لپاره د دوی بڼوونځي يا د ماشوم پاملرنې څخه ایستل شي. په دې فورمه کې معلومات بشپړ او سم دي.

X

نېټه

د والدینو/سرپرست لاسلیک

د والدینو/سرپرست نوم (پرنټ)