

Kế Hoạch Thực Hiện Yêu Cầu Chủng Ngừa

Theo Bộ Luật của Virginia yêu cầu tất cả các học sinh phải được chủng ngừa một số bệnh trước khi nhập học tại Hệ Trường Công Quận Fairfax (FCPS).

Qua sự kiểm xét hồ sơ chủng ngừa của con em quý vị cho thấy liều lượng bị thiếu hay khoảng cách giữa các liều không chính xác. Những em học sinh đáp ứng đủ tiêu chí miễn trừ vì lý do y tế hay tôn giáo đối với các liều chủng ngừa đòi hỏi, có thể nộp một trong những chứng từ/văn bản sau cho nhà trường:

- Văn bản ghi nhận của nhà cung cấp dịch vụ y tế được miễn chủng ngừa lâu dài hay tạm thời vì lý do y tế.
- Một chứng thực chữ ký [Biểu Mẫu Miễn Trừ Vì Lý Do Tôn Giáo](#) phản đối việc thực hiện các liều chủng ngừa với lý do vì điều này mâu thuẫn giáo điều hay tập tục tôn giáo của người đó.

Theo quy định của FCPS [Điều Lệ 2107](#), nếu con em không nhận đủ các liều chủng ngừa cần thiết trong vòng 90 ngày kể từ ngày ghi danh theo học có điều kiện, một kế hoạch hoàn thành sẽ được lập. Xin điền đầy đủ và gửi bản kế hoạch thực hiện yêu cầu chủng ngừa dưới đây đến _____

Tại trường con em _____ (Name of S IA/Registrar)

(school)

Quý vị vui lòng liên lạc _____ tại _____ nếu quý vị có bất cứ điều gì thắc mắc hay cần trợ giúp thêm.
 (Name of SIA/Registrar) (email/phone number)

Tên Học Sinh (Tên, Họ):	Ngày Sinh của Học Sinh:	Số ID Học Sinh:	Trường:
Điều này là để xác nhận rằng con em của tôi sẽ được chủng ngừa theo kế hoạch được ghi dưới đây Tôi cần phải cung cấp cho nhà trường của con em một hồ sơ chủng ngừa được cập nhật trong vòng ba ngày kể từ ngày tiêm chủng. Tôi hiểu rằng, không có các liều chủng ngừa hay hồ sơ chủng ngừa, con em tôi sẽ không được phép đến trường.			
(Những) Ngày Hẹn: _____			
<input type="checkbox"/> Các ngày hẹn được phụ huynh/người giám hộ cung cấp bằng lời (miệng) vào ngày _____ và được ghi chú trong kế hoạch thực hiện yêu cầu chủng ngừa bởi _____ (Date) (Staff Member/Title)			
(Các) liều vắc xin sẽ được tiến hành vào (các) ngày hẹn trên:			
<input type="checkbox"/> Diphtheria (Bạch Hầu), Pertussis (Ho Gà), Tetanus (Uốn Ván) (DTaP/Dt/Td) <input type="checkbox"/> Varicella (Chicken Pox (Trái Rạ))			
<input type="checkbox"/> Poliovirus (Sốt Bại Liệt) (IPV) <input type="checkbox"/> Diphtheria (Bạch Hầu), Pertussis (Ho Gà), Tetanus (Uốn Ván) <input type="checkbox"/> Booster (Liều tăng cường) (Tdap)			
<input type="checkbox"/> Hepatitis (Viêm Gan) A <input type="checkbox"/> Meningococcal ((Viêm Màng Não Cầu Khuẩn) (MenACWY))			
<input type="checkbox"/> Hepatitis (Viêm Gan) B <input type="checkbox"/> Measles (Ban Sởi), Mumps (Quai Bị), Rubella (Ban Đào/Sởi Đức) (MMR)			
<input type="checkbox"/> Human Papillomavirus (Siêu Vi Papon ở Người) ((HPV)*			
<i>*Phụ huynh hay người giám hộ, theo quyết định riêng của mình, có thể chọn cho học sinh không chủng ngừa loạt HPV. Không bắt buộc phải có chứng từ của vắc xin hoặc miễn trừ.</i>			
Tên của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe:		Điện thoại của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe:	
Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ (xin viết bằng chữ In):		* Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ:	*Ngày:

*Các ngày hẹn chủng ngừa có thể được phụ huynh/người giám hộ cung cấp bằng lời (miệng) và được nhân viên điều hành của FCPS ghi chú vào mẫu phiếu kế hoạch thực hiện yêu cầu chủng ngừa.

Nhân viên ghi danh SIA/SSA/của trường sẽ lưu giữ mẫu phiếu này trong phần mục sức khỏe trong tập hồ sơ tích lũy của con em.