

Con em quý vị đã sẵn sàng chưa?

Luật Chích ngừa áp dụng cho các chương trình giữ trẻ và giáo dục mầm non

Trẻ em phải được chích ngừa trước khi ghi danh vào các chương trình giữ trẻ và giáo dục mầm non tại Minnesota hoặc nộp đơn xin miễn áp dụng luật. Quy định này áp dụng cho tất cả các trung tâm giữ trẻ được cấp phép, cơ sở giữ trẻ tại gia, các cơ sở giữ trẻ được miễn giấy phép có chứng nhận, và các chương trình giáo dục mầm non như chương trình mẫu giáo, chương trình chuẩn bị đi học school readiness plus, chương trình trước mẫu giáo tự nguyện và chương trình giáo dục mầm non đặc biệt. Vui lòng xem nhóm tuổi của con em quý vị trong bảng bên dưới và xem tổng số liều của mỗi loại thuốc chủng ngừa cần chích ngừa cho độ tuổi của con em quý vị.

Chủng ngừa bắt buộc	3-4 tháng tuổi	5-6 tháng tuổi	7-15 tháng tuổi	16-23 tháng tuổi	24 tháng tuổi đến tuổi vào mẫu giáo
Bệnh viêm gan B (Hep B)	2 Liều	2 Liều	3 Liều	3 Liều	3 Liều
Bạch hầu, uốn ván và ho gà (DTaP)	1 Liều	2 Liều	3 Liều	3 Liều	4 Liều
Bệnh sốt bại liệt (IPV)	1 Liều	2 Liều	2 Liều	2 Liều	3 Liều
Phế cầu khuẩn (PCV)	1 Liều	2 Liều	3 Liều	3 Liều	
Bệnh cúm loại b (Hib)	1 Liều	1 Liều	1 Liều	1 Liều	1 Liều
Sởi, quai bị, ban đỏ (MMR)				1 Liều	1 Liều
Đậu mùa (thủy đậu)				1 Liều	1 Liều
Bệnh viêm gan A (Hep A)					1 Liều

Lưu ý: Số liều có thể khác nếu con em quý vị trễ lịch trình chích ngừa. Nếu con em quý vị chưa chích ngừa kịp thời thì vẫn chưa quá trễ để đi chích ngừa bù, vui lòng nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con em quý vị.

Đề nghị nhưng không bắt buộc đối với các chương trình giữ trẻ hoặc giáo dục mầm non

Trẻ em nên chủng ngừa cúm, COVID-19, virus hợp bào hô hấp (RSV), rotavirus và các loại thuốc chủng ngừa khác để bảo đảm là các em được bảo vệ đầy đủ. Nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe về thời điểm con em quý vị nên được chích ngừa bằng những thuốc chủng ngừa này. Để biết thêm thông tin, vào trang [CDC: Vaccine Schedules For You and Your Family \(Lịch trình chích ngừa cho quý vị và gia đình\)](https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html) (www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html).

Hướng dẫn dành cho cha mẹ và người giám hộ

- Bảo đảm là con em quý vị được chích ngừa đầy đủ trước ngày đầu tiên vào chương trình giữ trẻ/giáo dục mầm non hoặc nộp đơn xin miễn chủng ngừa.
- Nộp một bản sao hồ sơ chích ngừa của con em quý vị cho chương trình giữ trẻ, chương trình giáo dục mầm non, hoặc trường của các em. Quý vị có thể lấy bản sao hồ sơ chích ngừa của con em quý vị từ y viện hoặc tìm hồ sơ trên trang [Find My Immunization Record \(Tìm hồ sơ chích ngừa của tôi\)](https://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html) (www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html).
- Vui lòng điền mặt sau nếu con em quý vị cần được miễn chủng ngừa vì lý do y tế hoặc nếu quý vị quyết định xin miễn không phải vì lý do y tế mà do quan điểm cá nhân.



[Vaccines for Infants, Children, and Adolescents \(Thuốc chủng ngừa cho trẻ sơ sinh, trẻ em và thanh thiếu niên\)](https://www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html)
(www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html)

Liên lạc với Chương trình chủng ngừa tại số 651-201-5503 hoặc 1-800-657-3970 để có thông tin theo định dạng khác.

ID# 80160 (08/2024) Vietnamese

TÊN ĐỨA TRẺ (TÊN, HỌ): _____ NGÀY THÁNG NĂM SINH CỦA ĐỨA TRẺ: _____

Miễn chủng ngừa vì lý do y tế và miễn chủng ngừa không phải vì lý do y tế

Hướng dẫn cách lưu hồ sơ các trường hợp miễn chủng ngừa vì lý do y tế hoặc miễn chủng ngừa không phải vì lý do y tế và tiền sử mắc bệnh đậu mùa (thủy đậu)

Thực hiện theo các bước 1 và 2 dưới đây để lưu hồ sơ trường hợp miễn chủng ngừa vì lý do y tế, miễn chủng ngừa không phải vì lý do y tế hoặc tiền sử mắc bệnh đậu mùa.

- Đánh dấu X vào ô cho biết tình trạng miễn chủng ngừa vì lý do y tế, miễn chủng ngừa không phải vì lý do y tế. Nếu quý vị muốn xin cho con em miễn chủng ngừa đối với nhiều loại thuốc chủng ngừa, vui lòng đánh dấu X vào mỗi loại thuốc chủng ngừa mà quý vị muốn con em được miễn.
- Lấy chữ ký cho trường hợp miễn chủng ngừa hoặc tiền sử mắc bệnh đậu mùa.

Chủng ngừa bắt buộc	Vì lý do y tế	Không phải vì lý do y tế
Bệnh viêm gan B (Hep B)		
Bạch hầu, uốn ván và ho gà (DTaP)		
Bệnh sốt bại liệt (IPV)		
Bệnh cúm loại b (Hib)		
Sởi, quai bị, ban đỏ (MMR)		
Đậu mùa (thủy đậu)		
Bệnh viêm gan A (Hep A)		

Miễn chủng ngừa vì lý do y tế: Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phải xem xét và ký giấy miễn chủng ngừa vì lý do y tế. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bao gồm bác sĩ, y tá hành nghề hoặc phụ tá bác sĩ có giấy phép hành nghề.

Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng đứa trẻ này không nên chích ngừa với những thuốc chủng ngừa được đánh dấu X trong bảng này vì lý do y tế (chống chỉ định) hoặc vì có kết quả xét nghiệm xác nhận rằng cháu hiện đã miễn dịch.

Chữ ký: _____
(của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe)

Ngày: _____

Miễn chủng ngừa không phải vì lý do y tế: Cha (mẹ)/người giám hộ phải ký giấy xin miễn chủng ngừa không phải vì lý do y tế và giấy này phải có chữ ký và con dấu của công chứng viên. Trẻ em không bắt buộc phải chủng ngừa nếu việc đó trái với quan điểm của cha (mẹ) hoặc người giám hộ của đứa trẻ đó. Quyết định không cho con em chích ngừa có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của con em quý vị hoặc những người xung quanh. Trẻ em chưa chủng ngừa và mắc một căn bệnh có thể phòng ngừa bằng chủng ngừa có thể phải nghỉ học và không được tham gia những sinh hoạt khác cho đến tối đa 21 ngày để bảo vệ bản thân và người khác.

Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng đứa trẻ này sẽ không chích ngừa với những thuốc chủng ngừa được đánh dấu X trong bảng này vì quan điểm của tôi và tôi hiểu rằng đứa trẻ có thể phải nghỉ học và không được tham gia những sinh hoạt khác cho đến tối đa 21 ngày nếu tiếp xúc với một căn bệnh có thể phòng ngừa bằng thuốc chủng ngừa.

Chữ ký: _____ Ngày: _____
(của cha (mẹ)/người giám hộ)

Các trường hợp miễn chủng ngừa không phải vì lý do y tế cũng phải có chữ ký và con dấu của công chứng viên:

Con dấu công chứng

Giấy này được xác nhận trước mặt tôi vào

_____ (ngày),

bởi _____
(tên của cha (mẹ)/người giám hộ)

Chữ ký của công chứng viên:

Tiểu bang _____,
Quận _____

Tiền sử từng mắc bệnh đậu mùa (thủy đậu): Nếu đứa trẻ đã từng mắc bệnh đậu mùa thì không cần phải chích ngừa phòng bệnh đậu mùa. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phải ký tên vào giấy này nếu bệnh xảy ra sau ngày 1 tháng 9, 2010. Nếu đứa trẻ mắc bệnh đậu mùa trước ngày 1 tháng 9, 2010, cha mẹ hoặc người giám hộ có thể ký vào giấy này.

Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận đứa trẻ này không cần chích ngừa bệnh đậu mùa vì cháu đã mắc bệnh đậu mùa vào tháng và năm _____

Chữ ký: _____ Ngày: _____
(của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đại diện một y viện công cộng, hoặc cha (mẹ)/người giám hộ)