

## Certificate of Exemption—Personal/Religious (Katibayan ng Pagbabukod—Personal/Panrelihiyon)



Para sa Mga Inaatas Ukol sa Pagbabakuna sa Paaralan, Pangangalaga sa Bata, at Preschool

<b>Apelyido ng Bata:</b>	<b>Pangalan:</b>	<b>Inisyal ng Gitnang Pangalan:</b>	<b>Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy):</b>
--------------------------	------------------	-------------------------------------	--

**PAUNAWA:** Maaaring ibukod ng isang magulang o tagapangalaga ang kaniyang anak/alaga mula sa mga pagpapabukanang nakalista sa ibaba sa pamamagitan ng pagsumite ng kinumpletong form sa paaralan ng bata at/o sa pangangalaga sa bata (child care). Ang taong binukod mula sa pagpapabakuna ay itinuturing na may panganib na magkaroon ng sakit o mga sakit na binibigyang proteksiyon ng nasabing bakuna. Ang binukod na bata/mag-aaral ay maaaring ibukod sa paaralan o lugar ng pangangalaga sa bata at mga aktibidad sa panahon ng biglaang pagkalat ng sakit na hindi sila ganap na nabakunahan laban dito. Ang mga sakit na naiwasan sa pamamagitan ng bakuna ay umiiral pa rin, at maaaring mabilis na kumalat ang mga ito sa paaralan at mga lugar ng pangangalaga sa bata. Ang mga pagpapabakuna ay isa sa mga pinakamainam na paraan upang maprotektahan ang mga tao mula sa pagkakaroon at paglaganap ng mga sakit na maaaring magdulot ng mga malubhang karamdaman, kapansanan, o kamatayan.

### Pagbabukod dahil sa Personal/Pilosopikal o Panrelihiyon na Dahilan (Personal/Philosophical or Religious Exemption)

Binubukod ko ang aking anak mula sa iniaatas na pagbabakuna ng aking anak laban sa (mga) sumusunod na sakit upang makapasok sa paaralan o pangangalaga sa bata. (Pumili ng uri ng pagbabukod at kung sa aling mga pagpapabakuna mo nais ibukod ang iyong anak):

#### PAGBUBUKOD DAHIL SA PERSONAL/PILOSOPIKAL NA DAHILAN\* (Personal/Philosophical Exemption)

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria (Dipterya) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                                | <input type="checkbox"/> Hib (Haemophilus influenzae type b) | <input type="checkbox"/> Pneumococcal (Laban sa pulmonya)        |
| <input type="checkbox"/> Polio (Polyo)         | <input type="checkbox"/> Pertussis (whooping cough o ubong-dalahit) | <input type="checkbox"/> Tetanus (Tetano)                    | <input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox o bulutong-tubig) |

*\*Maaaring hindi pahintulutan ang pagbabukod mula sa pagpapabakuna laban sa measles (tigdas), mumps (beke), o rubella (kilala rin bilang German measles) dahil sa mga personal/pilosopikal na dahilan ayon sa batas ng estado*

#### PAGBUBUKOD DAHIL SA RELIHIYON (Religious Exemption)

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria (Dipterya) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                                | <input type="checkbox"/> Hib (Haemophilus influenzae type b)        | <input type="checkbox"/> Pneumococcal (Laban sa pulmonya)        |
| <input type="checkbox"/> Polio (Polyo)         | <input type="checkbox"/> Pertussis (whooping cough o ubong-dalahit) | <input type="checkbox"/> Tetanus (Tetano)                           | <input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox o bulutong-tubig) |
| <input type="checkbox"/> Measles (Tigdas)      | <input type="checkbox"/> Mumps (Beke)                               | <input type="checkbox"/> Rubella (kilala rin bilang German measles) |  |

### Deklarasyon ng Magulang/Tagapangalaga (Parent/Guardian Declaration)

Ang isa o higit pa sa mga iniaatas na bakuna ay salungat sa aking mga personal, pilosopikal o panrelihiyon na paniniwala. Tinalakay namin ng praktisyoner sa pangangalagang pangkalusugan (may pirma sa ibaba) ang mga benepisyo at panganib ng pagpapabakuna. Sinabihan ako na kung magkaroon ng biglaang paglaganap ng sakit na naiwasan sa pamamagitan ng pagpapabakuna, na kung saan ay nakabukod ang anak/alaga ko mula sa pagpapabakuna laban dito, maaaring ibukod ang aking anak/alaga mula sa kaniyang paaralan o lugar ng pangangalaga sa bata sa panahon ng biglaang paglaganap ng sakit. Ang impormasyon sa form na ito ay kumpleto at wasto.

**X**

Pangalan ng Magulang/Tagapangalaga (naka-print)	Pirma ng Magulang/Tagapangalaga	Petsa
---	---------------------------------	-------

### 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 # \_\_\_\_\_

### Pagbabukod Dahil sa Pagiging Miyembro ng Relihiyon (Religious Membership Exemption)

Kumpletuhin lamang ang bahaging ito KUNG nabibilang ka sa isang simbahan o relihiyon na tumututol sa paggamit ng medikal na paggamot. Gamitin ang bahagi sa itaas kung mayroon kang pagtutol sa mga pagpapabakuna dahil sa relihiyon ngunit ang mga paniniwala o itinuturo ng iyong simbahan o relihiyon ay nagpapahintulot na gamutin ang iyong anak/alaga ng mga medikal na propesyonal tulad ng mga doktor o nars.

### Deklarasyon ng Magulang/Tagapangalaga (Parent/Guardian Declaration)

Ako ang magulang o legal na tagapangalaga ng batang nakapangalan sa itaas. Ipinagtibay ko na ako ay isang miyembro ng simbahan o relihiyon na may pagtuturong hindi nagpapahintulot sa mga praktisyoner sa pangangalagang pangkalusugan na magbigay ng medikal na paggamot sa aking anak. Sinabihan ako na kung magkaroon ng biglaang paglaganap ng sakit na naiwasan sa pamamagitan ng pagpapabakuna, na kung saan ay nakabukod ang anak/alaga ko mula sa pagpapabakuna laban dito, na maaaring ibukod ang aking anak/alaga mula sa kaniyang paaralan o lugar ng pangangalaga sa bata sa panahon ng biglaang paglaganap ng sakit. Ang impormasyon sa form na ito ay kumpleto at wasto.

**X**

Pangalan ng Magulang/Tagapangalaga (naka-print)	Pirma ng Magulang/Tagapangalaga	Petsa
---	---------------------------------	-------

<b>Apelyido ng Bata:</b>	<b>Pangalan:</b>	<b>Inisyal ng Gitnang Pangalan:</b>	<b>Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy):</b>
--------------------------	------------------	-------------------------------------	--

**PAUNAWA:** Maaaring gamitin ang form na ito para ibukod ang bata mula sa iniaatas na pagpapabakuna kapag tinukoy ng isang praktisyoner sa pangangalagang pangkalusugan na ang partikular na bakuna ay hindi ipinapayo para sa bata dahil sa mga medikal na kadahilanan. Ang form na ito ay dapat na kumpletuhin ng praktisyoner sa pangangalagang pangkalusugan at pirmahan ng magulang/tagapangalaga. Ang binukod na bata/mag-aaral ay maaaring hindi isama sa paaralan o lugar ng pangangalaga sa bata at mga aktibidad sa panahon ng biglaang pagkakat ng sakit na hindi sila nabakunahan laban dito. Ang mga sakit na naiiwasan sa pamamagitan ng bakuna ay umiiral pa rin, at maaaring mabilis na kumalat ang mga ito sa paaralan at mga lugar ng pangangalaga sa bata.

**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 his or her 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](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html)

*Please indicate which vaccine antigen(s) the **medical** exemption is referring to. If the patient is not exempt from certain antigen(s), mark "not exempt."*

Disease Sakit	Not Exempt (Hindi Nakabukod)	Temporary Exempt (Pansamantalang Nakabukod)	Permanent Exempt (Permanenteng Nakabukod)	Expiration Date for Temporary Medical (Petsa ng Pagkawala ng Bisa para sa Pansamantalang Medikal)
Diphtheria (Dipterya)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hib (Haemophilus influenzae type b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Measles (Tigdas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mumps (Beke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumococcal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polio (Polyo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubella (kilala rin bilang German measles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tetanus (Tetano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicella (chickenpox o bulutong-tubig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Health Care Practitioner Declaration**  
 I declare that vaccination for the disease/s checked above is 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 # \_\_\_\_\_

**Deklarasyon ng Magulang/Tagapangalaga (Parent/Guardian Declaration)**  
 Tinalakay namin ng praktisyoner sa pangangalagang pangkalusugan na nagbibigay ng pagbabukod sa medikal na ito ang mga benepisyo at panganib ng pagpapabakuna. Sinabihan ako na kung magkaroon ng biglaang paglaganap ng sakit na naiiwasan sa pamamagitan ng pagpapabakuna, na kung saan ay nakabukod ang anak/alaga ko mula sa pagpapabakuna laban dito, maaaring ibukod ang aking anak/alaga mula sa kaniyang paaralan o lugar ng pangangalaga sa bata sa panahon ng biglaang paglaganap ng sakit. Ang impormasyon sa form na ito ay kumpleto at wasto.

**X** \_\_\_\_\_  
 Pangalan ng Magulang/Tagapangalaga (naka-print)                      Pirma ng Magulang/Tagapangalaga                      Petsa