DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Public Health
F-04020LPU (05/2024)

STATE OF WISCONSIN
Wis. Stat. §§ 252.04 and 120.12 (16)

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਟੀਕਾਕਰਨ ਰਿਕਾਰਡ
(STUDENT IMMUNIZATION RECORD)

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਲਈ ਹਿਦਾਇਤਾਂ: ਦਾਖ਼ਲੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਫਾਰਮ ਭਰ ਕੇ ਸਕੂਲ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ। ਰਾਜਸੀ ਕਨੂੰਨ ਅਨੁਸਾਰ ਸਾਰੇ ਸਰਕਾਰੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਸਕੂਲੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਨੂੰ **ਦਾਖ਼ਲੇ ਦੇ 30 ਸਕੂਲੀ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ**ਕੁਝ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੇ ਲਿਖਤੀ ਸਬੂਤ ਪੇਸ਼ ਕਰਨੇ ਹੋਣਗੇ। ਮੌਜੂਦਾ ਉਮਰ/ਗ੍ਰੇਡ ਦੀਆਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਸਕੂਲਾਂ ਅਤੇ ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗਾਂ ਦੁਆਰਾ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਤੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਤਾਂ ਹੀ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੇਕਰ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸਹੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਹਸਤਾਖ਼ਰ ਕੀਤੀ ਸਿਹਤ, ਧਾਰਮਿਕ ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਦੀ ਛੋਟ ਦਰਜ ਕਰਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਪਾਲਣਾ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਉਸ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਹੀ ਵਰਤਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਟੀਕਾਕਰਨ ਜਾਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਕਦਮ 1 **ਨਿੱਜੀ ਡੇਟਾ** **ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ**

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਜਨਮ-ਮਿਤੀ (MM/DD/YYYY)	ਲਿੰਗ	ਸਕੂਲ	ਗ੍ਰੇਡ	ਸਕੂਲ ਦਾ ਸਾਲ

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਿਗਰਾਨ ਦਾ ਨਾਮ	ਪਤਾ (ਗਲੀ, ਸ਼ਹਿਰ, ਰਾਜ, ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ)	ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ

ਕਦਮ 2 **ਟੀਕਾਕਰਨ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ**

ਉਹ ਮਹੀਨਾ, ਦਿਨ ਅਤੇ ਸਾਲ ਦੱਸੋ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਾ ਹਰੇਕ ਟੀਕਾਕਰਨ ਹੋਇਆ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਸ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਟੀਕਾਕਰਨ ਰਿਕਾਰਡ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਸਰਕਾਰੀ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ Wisconsin Immunization Registry (Wisconsin ਇਮਿਊਨਾਈਜੇਸ਼ਨ ਰਜਿਸਟਰੀ) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:
https://www.dhfswir.org/PR/clientSearch.do?language=en

ਟੀਕੇ ਦੀ ਕਿਸਮ*	**ਪਹਿਲੀ ਖੁਰਾਕ** MM/DD/YYYY	**ਦੂਜੀ ਖੁਰਾਕ** MM/DD/YYYY	**ਤੀਜੀ ਖੁਰਾਕ** MM/DD/YYYY	**ਚੌਥੀ ਖੁਰਾਕ** MM/DD/YYYY	**ਪੰਜਵੀਂ ਖੁਰਾਕ** MM/DD/YYYY
DTaP/DTP/DT/Td (ਡਿਫਥੇਰੀਆ, ਟੈਟਨਸ, ਕਾਲੀ-ਖੰਘ)					
ਅਡੋਲਸੰਟ ਬੂਸਟਰ (ਸਹੀ ਬਾਕਸ ਉੱਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ☐ Tdap ☐ Td					
ਪੋਲੀਓ					
ਹੈਪੇਟਾਈਟਿਸ B					
MMR (ਖਸਰਾ, ਗਲਸੂਆ, ਰੁਬੇਲਾ)					
ਵੈਰੀਸੇਲਾ (ਚਿਕਨਪਾਕਸ) ਦਾ ਟੀਕਾ					
ਮੇਨਿੰਗੋਕੋਕਲ (ਸੇਰੋਗਰੁੱਪ ACWY)					

ਜਿਹੜੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਦੀ ਵੈਰਿਸੇਲਾ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਭਰੋਸੇਮੰਦ ਹਿਸਟਰੀ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਵੈਰਿਸੇਲਾ ਵੈਕਸੀਨ ਲਗਵਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਡਾਕਟਰ, ਡਾਕਟਰ ਸਹਿਯੋਗੀ ਜਾਂ ਐਡਵਾਂਸਡ ਨਰਸ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖ਼ਰ ਲੋੜੀਂਦੇ ਹਨ।

☐ ਮੈਂ ਪ੍ਰਮਾਣਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਵੈਰਿਸੇਲਾ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਭਰੋਸੇਮੰਦ ਹਿਸਟਰੀ ਹੈ,

____
ਹਸਤਾਖ਼ਰ – ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ   ਹਸਤਾਖ਼ਰ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਖੂਨ ਦਾ ਟੈਸਟ (ਟਾਈਟਰ) ਹੋਇਆ ਹੈ ਜੋ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਕਿਸੇ ਬਿਮਾਰੀ ਲਈ ਪ੍ਰਤਿਰੱਖਿਆ (ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਪਿਛਲੇ ਟੀਕਾਕਰਨ) ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ? ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।

☐ ਵੈਰੀਸੇਲਾ ☐ ਖਸਰਾ ☐ ਗਲਸੂਆ ☐ ਰੁਬੇਲਾ ☐ ਹੈਪੇਟਾਈਟਿਸ B

ਜੇਕਰ **ਹਾਂ**, ਤਾਂ ਲੈਬੋਰੇਟਰੀ ਰਿਪੋਰਟ(ਟਾਂ) ਦਿਓ

ਕਦਮ 3 **ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ**

ਇਹ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਇਹ ਤੈਅ ਕਰਨ ਲਈ ਮੌਜੂਦਾ ਸਕੂਲ ਸਾਲ ਲਈ ਉਮਰ/ਗ੍ਰੇਡ ਪੱਧਰ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਲਓ।

ਕਦਮ 4 **ਅਨੁਪਾਲਣ ਡੇਟਾ**

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਸਾਰੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ
ਕਦਮ 5 ਵਿੱਚ ਹਸਤਾਖ਼ਰ ਕਰਕੇ ਇਸਨੂੰ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾਓ।

ਜਾਂ

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਸਾਰੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਹੇਠਾਂ ਸਹੀ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਕਦਮ 5 ਵਿੱਚ ਹਸਤਾਖ਼ਰ ਕਰਕੇ ਇਸਨੂੰ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾਓ। **ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ ਕਿ ਜੇਕਰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਜੋਖਿਮ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਟੀਕਾਕਰਨ ਪੂਰਾ ਨਾ ਹੋਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਨੂੰ ਸਕੂਲ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।**

☐ ਹਾਲਾਂਕਿ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਵੈਕਸੀਨ ਦੀਆਂ **ਸਾਰੀਆਂ** ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਖੁਰਾਕਾਂ **ਨਹੀਂ** ਮਿਲੀਆਂ ਹਨ, ਪਰ **ਪਹਿਲੀ(ਆਂ) ਖੁਰਾਕ(ਕਾਂ)** ਮਿਲ ਗਈ (ਆਂ)ਹੈ(ਹਨ)। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਸਾਲ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖ਼ਲੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 90ਵੇਂ ਦਿਨ ਤੱਕ **ਦੂਜੀ(ਆਂ) ਖੁਰਾਕ(ਕਾਂ)** ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ (ਆਂ) ਜਾਣੀ(ਆਂ) ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ/(ਹਨ), ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ **ਤੀਜੀ(ਆਂ) ਖੁਰਾਕ(ਕਾਂ)** ਅਤੇ **ਚੌਥੀ(ਆਂ) ਖੁਰਾਕ(ਕਾਂ)** ਜੇਕਰ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਾਲ 30ਵੇਂ ਸਕੂਲ ਦਿਨ ਤੱਕ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਮੈਨੂੰ ਇਹ ਵੀ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਹਰ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਮੇਰਾ ਬੱਚਾ ਲੋੜੀਂਦੇ ਟੀਕੇ ਦੀ ਖੁਰਾਕ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਸਕੂਲ ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਮੇਰੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ।

ਨੋਟ: ਸਮੇਂ-ਸਿਰ ਸੂਚਿਤ ਨਾ ਕਰਨ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਸਕੂਲ ਤੋਂ ਕੱਢਣਅਦਾਲਤੀ ਕਾਰਵਾਈ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਜ਼ਬਤੀ ਜੁਰਮਾਨਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਛੋਟਾਂ (ਉੱਪਰ ਕਦਮ 2 ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਟੀਕੇ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖ਼ ਲਿਖੋ)

☐ **ਸਿਹਤ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ** ਇਸ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਟੀਕੇ ਨਹੀਂ ਲਗਾਉਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ____________________

____
ਹਸਤਾਖ਼ਰ - ਡਾਕਟਰ   ਹਸਤਾਖ਼ਰ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ

☐ **ਧਾਰਮਿਕ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ,** ਮੈਂ ਇਸ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਟੀਕੇ ਨਾ ਲਗਾਉਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕੀਤਾ ਹੈ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)
☐ DTaP/DTP/DT/Td ☐ Tdap ☐ ਪੋਲੀਓ ☐ ਹੈਪੇਟਾਈਟਿਸ B ☐ MMR (ਖਸਰਾ, ਗਲਸੂਆ, ਰੁਬੇਲਾ) ☐ ਵੈਰੀਸੇਲਾ ☐ MenACWY

☐ **ਨਿੱਜੀ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਕਰਕੇ,** ਮੈਂ ਇਸ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਟੀਕੇ ਨਾ ਲਗਾਉਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕੀਤਾ ਹੈ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)
☐ DTaP/DTP/DT/Td ☐ Tdap ☐ ਪੋਲੀਓ ☐ ਹੈਪੇਟਾਈਟਿਸ B ☐ MMR (ਖਸਰਾ, ਗਲਸੂਆ, ਰੁਬੇਲਾ) ☐ ਵੈਰੀਸੇਲਾ ☐ MenACWY

ਕਦਮ 5 **ਹਸਤਾਖ਼ਰ**

ਇਹ ਫਾਰਮ ਮੇਰੇ ਸਰਵੋਤਮ ਗਿਆਨ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਭਰਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ। ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ: ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਮੌਜੂਦਾ ਟੀਕਾਕਰਨ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ Wisconsin Immunization Registry (Wisconsin ਟੀਕਾਕਰਨ ਰਜਿਸਟਰੀ) (WIR) ਵੱਲੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਅਪਡੇਟ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ (**ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ** ☐ **ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ** ☐)। ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਂ ਸਕੂਲ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਲਿਖਤੀ ਸੂਚਨਾ ਭੇਜ ਕੇ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ। ਰੱਦ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਸਕੂਲ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟ WIR ਨੂੰ ਕੋਈ ਨਵੇਂ ਰਿਕਾਰਡ ਜਾਂ ਅਪਡੇਟ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।

____
ਹਸਤਾਖ਼ਰ - ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਿਗਰਾਨ ਜਾਂ ਬਾਲਗ ਵਿਦਿਆਰਥੀ   ਹਸਤਾਖ਼ਰ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ