

Colonial Health Center 的全体工作人员热烈欢迎即将入学的本科生、研究生、非学位学生、转学生以及家长。哥伦比亚特区免疫法规定 所有26岁以下的学生必须在注册入学前提供特定的疫苗证明。如果你在入学的时候年龄大于或等于26岁，你不需要填写强制免疫表。

如果你有小时候接种疫苗的记录，请要求医生将记录抄写到GWU 强制免疫表上。活疫苗（例如麻风腮疫苗和水痘疫苗）必须在同一天接种或者间隔 28天以上。

要求的疫苗如下：

1. 在过去10年间注射的百日咳、白喉、破伤风疫苗 (Tetanus/Diphtheria booster or Tdap)。
2. 对麻疹，腮腺炎，风疹 (MMR) 两次接种一岁，最小的28天内给予后分开，或提供免疫证明的实验室。所有活疫苗接种必须在同一天或至少相隔28天给予
3. 针对水痘（水痘）疫苗接种的两个年龄1和最小的后28天给分开，或提供水痘（水痘），疾病史，或提供免疫证明的实验室。所有活疫苗接种必须在同一天或至少相隔28天给予。
4. 抗乙肝三接种;剂量 # 2后的28日内剂量 # 1中，剂量 # 3 5个月后剂量 # 2，或乙肝疫苗接种按照ACIP / CDC指南或加速进度，或提供免疫证明实验室给出给出
5. * 脑膜炎球菌疫苗A, C, Y, W-135给予或后，他们的16岁生日，或签署豁免申请表可于 healthcenter.MeningitisWaiver

MMR和水痘疫苗接种是在同一天或每次剂量至少28天间隔给予。

*我们强烈建议学生打算住在大学宿舍抵达校园之前接受脑膜炎球菌疫苗。

您填写随附的强制性的健康表格和邮件/在截止日期前传真至殖民卫生服务中心是非常重要的。如果您填妥的表格是不是在此日期前收到一个殖民地保健中心举行将被放置在您的帐户，您将无法注册为未来的学期。一旦您完成所有的要求，并提交形式CHC我们会向您发送确认邮件到您的GWU的电子邮件帐户，说明你已经满足了要求;因此，注册持有将不被放置在您的帐户。

如果你小于26岁，请将强制免疫表和这封说明信交给你的医生完整填写并签名。请自己保留一份强制免疫表的复印件。学生必须保证医生完整填写表格并在截止日期前将表格返还给 Colonial Health Center。你可以在9月15日（针对秋季入学学生）或者2月15日（针对春季入学学生）后 查询 Administrative Hold 的状态：

1. 登入网址: my.gwu.edu/login;
2. 点击“GWeb Info System”;
3. 输入你的 GWid 和 Pin;
4. 选择“Student Records and Registration”;
5. 选择“Student Records Information”;
6. 查看“Administrative Holds”。

如果显示“Noncompliant/Incomplete Immunization”，表明你的免疫信息没有被收到或者不完整。如果没有 Colonial Health Center 说明你的免疫信息是完整的。

因为医学或者宗教原因想要豁免提交强制免疫表的学生，必须在截止日期前提交 GWU 强制免疫表以及一封医生或者宗教神职人员提供的写明豁免原因的信件，以及麻疹 (Measles), 腮腺炎 (Mumps), 风疹 (Rubella) 和水痘 (Varicella) 的抗体检测结果。

如果你因为某种原因无法在到达校园之前完成免疫要求，Colonial Health Center 可以帮助你。请你带着已有的免疫记录和强制免疫表到我们的办公室。

如果有任何免疫方面的问题，请联系 Colonial Health Center。

一旦CHC收到你的表格，CHC 会通过E-mail联系你。

强制性的健康表格

本表格必须完成并邮寄或以注册课程传真（不要E-MAIL）8月1日前秋季进入者和1月1日春季进入者。请 参阅随附信件的说明。

此表将被退回邮寄给学生，如果它包含不完整的免疫接种，无效的日期，或不完整信息。

姓（拼音） _____ 名（拼音） _____ G
GWid

Email电子邮件地址 _____ 联系电话 _____ 出生日期(MM/DD/YYYY) _____ 学期/入学年份(用英文填写)

所有即将入学并且年龄小于26 岁的学生必须填写此表。请让你的医生填写此表并签名，然后将此表返还给SHS，即右 上角标明的地址。疫苗日期需要以MM/DD/YYYY 的格式填写。学生请自己保留一份此表的复印件。

TD助推器/Tdap的 _____ / ____ / ____ 内过去的10年

MMR和水痘疫苗接种是在同一天或每次剂量至少28天间隔给予。

麻疹腮腺炎风疹 (MMR) # 1 _____ / ____ / ____ 后12个月的年龄
麻疹腮腺炎风疹 (MMR) # 2 _____ / ____ / ____ MMR后的1 # 至少28天

或者您必须附上显示积极的免疫实验报告

水痘 (Varicella)#1 _____ / ____ / ____ 后12个月的年龄
水痘 (Varicella)#2 _____ / ____ / ____ 水痘后的1 # 至少28天

水痘疾病史(History of Disease) _____ (日期/年龄)

或者您必须附上显示积极的免疫实验报告 乙肝根据ACIP / CDC指南或加速计划所

乙肝 (Hepatitis B)# 1 _____ / ____ / ____ 后乙肝 # 1至少28天
乙肝 (Hepatitis B)# 2 _____ / ____ / ____ 后乙肝 # 2至少为5个月
乙肝 (Hepatitis B)# 3 _____ / ____ / ____

或者您必须附上显示积极的免疫实验报告

脑膜炎球菌 A, C, Y, W- 135 _____ / ____ / ____ 或16岁生日后,

或下载流行性豁免于：healthcenter.MeningitisWaiver

殖民地卫生服务中心可以帮助您在满足这些要求，包括提供免疫接种。

医生签名或盖章 _____

日期 _____

医生联系电话 _____

仅内部使用 _____ Compliant _____ Non-compliant

脑膜炎双球菌豁免

姓 (拼音)	名 (拼音)
--------	--------

GWID#	出生日期	年龄
-------	------	----

学期&入学年份 (用英文填写)	Email 地址/联系电话
-----------------	---------------

通过签署此协议，我理解并声明：

1. 我收到并且仔细阅读了由 The George Washington University 提供的解释流行性脑脊髓膜炎风险和流脑疫苗 可用性和有效性的信息。
2. 我理解 D.C. Code §38-503 和相关条例要求每个就读于大学并且住在学校或者可能住在校内学生宿舍的新入 学学生必须接 种流脑疫苗或者签署流脑疫苗豁免协议。
3. 我理解根据学校政策，每个第一次就读于本大学任何学院的学生，包括转学生，必须选择接种流脑疫苗或者签 署流脑疫苗 豁免协议。
4. 我知道流行性脑脊髓膜炎是罕见但是危及生命的疾病。然而，因为我年龄大于或等于 18 岁，我代表我自己拒 绝接种流脑疫苗；或者，如果学生年龄小于 18 岁，我代表以下学生拒绝接种流脑疫苗。

要么

5. 我理解如果我重新考虑我拒绝接种流脑疫苗的决定，我，或者我作为其父母或法定监护人的学生，可能返回 Colonial Health Center 接种流脑疫苗。
6. 我年龄大于或等于 18 岁并且代表自己签署此豁免协议；或者我是以下学生的父母或者法定监护人并且我代表 此学生签署豁 免协议。

通过签署此豁免协议，我寻求豁免D.C.法律强制的流脑疫苗要求。我自愿同意完全免除The George Washington University, Colonial Health Center 以及其相关工作人员任何可能由我决定拒绝接种流脑疫苗引起的花费，责任以及任何其他后果。

学生签名	日期
------	----

打印版: 学生姓名

父母/法定监护人签名 (如果年龄小于 18 岁)	日期
--------------------------	----

打印版: 父母/法定监护人姓名

For office use only: Waiver reviewed and granted by: _____ Date: _____