



# Formulir Imunisasi

Formulir imunisasi ini wajib diisi dan diisi secara lengkap. Semua informasi bersifat rahasia dan hanya untuk penggunaan Layanan Kesehatan.

Nama		
Terakhir		
Pertama		
Tengah		
Informasi pribadi		
Tanggal lahir	/	/
Seks	<input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M
Nomor Induk Mahasiswa	/	/
Surel		

## WAJIB DIISI OLEH SISWA:

Meningitis: Undang-undang Kesehatan Masyarakat Negara Bagian New York §2167 mewajibkan semua mahasiswa perguruan tinggi dan universitas yang terdaftar setidaknya selama enam jam semester atau setara per semester memberikan informasi berikut mengenai penyakit meningokokus dan vaksinasi. Centang satu dan tandatangani di bawah ini:

- ☐ Saya mendapat imunisasi meningitis meningokokus (Menomune™) dalam sepuluh tahun terakhir. Tanggal Diterima: \_\_\_\_\_
- ☐ Saya memahami risiko jika tidak menerima vaksin. Saya telah memutuskan bahwa saya tidak akan mendapatkan imunisasi terhadap penyakit meningitis meningokokus.

Tanda tangan siswa (orang tua atau wali jika masih di bawah umur):

Tanggal: / /

Agar tidak membahayakan pendaftaran Anda, lengkapi formulir imunisasi ini dan segera kembalikan ke Layanan Kesehatan.

## Cara mengirimkan catatan imunisasi Anda:

- Pindai dan unggah ke Portal Kesehatan FIT di [fit.studenthealthportal.com](http://fit.studenthealthportal.com).
- Kirim surat ke FIT Health Services di 227 W. 27th St., Room A402, New York, NY 10001-5992.
- Faks ke 212 217.4191

Jika Anda memiliki pertanyaan, hubungi Pelayanan Kesehatan di 212 217.4190.

## WAJIB DILENGKAPI, DITANDATANGANI, DAN DICAP OLEH PENYEDIA LAYANAN KESEHATAN:

Campak, Gondongan, dan Rubella: Untuk mengikuti perkuliahan, siswa harus memberikan bukti kekebalan terhadap Campak, Gondongan, dan Rubella. Siswa yang lahir sebelum 1 Januari 1957, dikecualikan dari persyaratan ini dan harus memberikan bukti tanggal lahir (misalnya SIM, paspor). Untuk keperluan undang-undang imunisasi MMR perguruan tinggi, bukti kekebalan terhadap Campak, Gondongan, dan Rubella berarti sebagai berikut:

Campak (rubeola): Dua dosis vaksin campak hidup yang diberikan pada atau setelah ulang tahun pertama dan setelah tahun 1967, riwayat penyakit yang tercatat oleh dokter, atau bukti serologis kekebalan.

Penyakit gondok: Satu dosis vaksin gondongan hidup yang diberikan pada atau setelah ulang tahun pertama, riwayat penyakit yang tercatat oleh dokter, atau bukti serologis kekebalan.

Rubella (campak Jerman): Satu dosis vaksin virus rubella hidup yang diberikan pada atau setelah ulang tahun pertama, atau bukti serologis adanya kekebalan.

	Tanggal Vaksinasi (bulan hari Tahun)	Tanggal dan Hasil Titer (bulan hari Tahun)	Riwayat Penyakit (bulan hari Tahun)
Gabungan MMR	1. / /		
	2. / /		
ATAU			
Campak	1. / /	OR Hasil: / / <input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Negatif	OR Tanda tangan dokter yang mendiagnosis: / /
	2. / /		
Penyakit gondok	/ /	OR Hasil: / / <input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Negatif	OR Tanda tangan dokter yang mendiagnosis: / /
Rubella	/ /	OR Hasil: / / <input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Negatif	Diagnosis dokter tidak dapat diterima
Vaksin Opsional			
Tetanus	/ /		
HPV	1. / /	2. / /	3. / /
Hepatitis A	1. / /	2. / /	3. / /
Hepatitis B	1. / /	2. / /	3. / /

## Informasi Penyedia Layanan Kesehatan:

Tanda tangan: \_\_\_\_\_

Nama Cetak: \_\_\_\_\_

Telepon: \_\_\_\_\_

Stempel Penyedia Layanan Kesehatan: