

Reviewed by: _____ Staff Signature	Date: _____	Is there an accompanying signed Certificate of Exemption on file? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------	-------------	---



DOH 348-013
Rev: 15/10/08
Spanish

Certificado del estado de vacunación (CIS)

Apellido del niño/a: _____	Primer nombre: _____	Segundo nombre: _____	Dirección del niño/a: _____
Fecha de nacimiento del niño/la niña: _____		Sexo del niño/a: _____	Teléfono de día de padre/madre/tutor legal: _____
Nombre de padre/madre/tutor legal: _____			

Si se completa manualmente, escriba la vacuna en la fila de la izquierda "Dosis" y la fecha en que se recibió la vacuna en la columna "Fecha". La columna "Edad" es opcional.
 Obligatoria para escuela y guardería/jardín de infancia Obligatoria para guardería/jardín de infancia exclusivamente

Vacuna	Dosis	Fecha	Edad	Vacuna	Dosis	Fecha	Edad	Vacuna	Dosis	Fecha	Edad
◆ Hepatitis B (Hep B)				● Neumocócica (PCV, PPV)				Hepatitis A (Hep A)			
	1				1				1		
	2				2				2		
	3				3						
					4						
Hepatitis B (Hep B) Calendario alternativo para adolescentes				◆ Polio (IPV, OPV)				Meningocócica (MCV4, MPSV4)			
	1				1				1		
	2				2						
Rotavirus				◆ Sarampión, paperas, rubéola (MMR)				Virus de papiloma humano (HPV)			
	1				1				1		
	2				2				2		
	3				3				3		
◆ Difteria, tétano, tosferina (DTaP, DTP, DT)				Influenza (más reciente)				Otra			
	1										
	2										
	3										
	4										
	5										
◆ Difteria, tétano, tosferina (Tdap, Td)				◆ Varicela				Certifico que la información ofrecida aquí es correcta y verificable.			
	1				1						
	2				2						
● Haemophilus influenzae tipo b (Hib)				▼ Verificación de antecedentes de varicela ▼				Firma de padre/madre/tutor legal _____ Fecha _____			
	1			<input type="checkbox"/> Proveedor médico (PM) verificado ▶	<input type="checkbox"/> Nota firmada de PM adjunta o <input type="checkbox"/> Firma prov. médico aquí: ▶			Firma PM autorizado (MD, DO, ND, PA, ARNP) _____ Fecha _____			
	2			<input type="checkbox"/> PM verificado por registro ▶	Firma PM no obligatoria si se marca casilla a la izda.	Si personal de escuela encuentra verificación en registro, el personal debe: ▶		Inicial con aprobación de padre/madre o firma de padre/madre:			
	3							Iniciales de personal indicando aprobación: _____			
	4			<input type="checkbox"/> Informe paterno/materno ▶	SÓLO aceptable para algunos grados. Escriba fecha o edad en que el niño/a tuvo la enfermedad:			Firma padre/madre indicando aprobación: _____			

Vea la documentación de inmunidad al reverso de esta página, una guía de referencia de nombres comerciales de vacunas y una lista de abreviatura de las vacunas.

Documentación de inmunidad por prueba de sangre (concentración)

Certifico que el niño/la niña nombrada en este impreso tiene evidencia de laboratorio de inmunidad contra (marque todas las que apliquen):

Difteria
 Hepatitis A
 Hepatitis B
 Hib
 Sarampión
 Paperas
 Polio
 Rubéola
 Tétano
 Varicela

Otra (indicar):

Informe(s) de lab adjunto(s) (requerido(s))

X

Nombre de **proveedor médico autorizado** (MD, DO, ND, PA, ARNP)

X

Firma de **proveedor médico autorizado** (obligatorio)

Fecha (obligatoria)

Nombres comerciales vacunas*

Leer hacia abajo y derecha – Nombres comerciales en orden alfabético.

Nombre comercial	Vacuna	Nombre comercial	Vacuna
Acel-Imune	DTaP	Menomune	MPSV4
ActHIB	Hib	OmniHIB	Hib
Adacel	Tdap	Pediarix	DTaP + IPV + Hep B
Boostrix	Tdap	PedvaxHIB	Hib
Certiva	HPV	Pentacel	DTaP + IPV + Hib
Comvax	Hib + Hep B	Pentavalente	DTaP + Hep B + Hib
Daptacel	DTaP	Pneumovax	PPV23
Decavac	Td	Prevnar	PCV or PCV7
Engerix-B	Hep B	ProHIBiT	Hib
Fluarix	Flu	ProQuad	MMRV
FluMist	Flu	Quadracel	DTaP + IPV
Fluvirin	Flu	Recombivax	Hep B
Fluzone	Flu	Rotarix	Rotavirus
Gardasil	HPV	RotaTeq	Rotavirus
Havrix	Hep A	Tetramune	DTP + Hib
HibTITER	Hib	TriHIBit	DTaP + Hib
HyperTET	TIG	Tri-Immunol	DTP
HyperHEP B	HBIG	Tripedia	DTaP
Ipol	IPV	Twinrix	Hep B + Hep A
Infanrix	DTaP	Vaqta	Hep A
Kinrix	DTaP + IPV	Varivax	Varicella
Menactra	MCV4		

Abreviaturas de vacunas*

Leer hacia abajo – Abreviaturas en orden alfabético.

Abreviaturas	Nombre completo de vacuna
DT	Difteria, tétano
DTaP	Difteria, tétano, tosferina acelular
DTP	Difteria, tétano, tosferina
Flu (TIV or LAIV)	Influenza
HBIG	Globulina immune contra hepatitis B
Hep A (HAV)	Hepatitis A
Hep B (HBV)	Hepatitis B
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
HPV	Virus de papiloma humano
IPV	Vacuna de poliovirus inactivado
MCV4	Vacuna de conjugado meningocócico
MPSV4	Vacuna polisacárida meningocócica
MMR	Sarampión, paperas, rubéola
MMRV	Sarampión, paperas, rubéola, varicela
OPV	Vacuna oral contra poliovirus
PCV or PCV7	Vacuna de conjugado neumocócico
PPV23	Vacuna polisacárida neumocócica
Rota (RV1 or RV5)	Rotavirus
Td	Tétano, difteria
Tdap	Tétano, difteria, tosferina acelular
TIG	Globulina immune contra tétano
VAR or VZV	Varicela

*Estas listas puede que no sean completas; consulte listas actualizadas en <http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/forms/default.htm>