



Certificado de Estado de Vacunación

Para asistir a la guardería, el preescolar y los grados escolares K – 12

Office Use Only:	
Reviewed by: _____	Date: _____
Signed Cert. of Exemption on file? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Encuentre instrucciones al reverso para imprimir y llenar esta forma a mano con letra de molde o imprimirla con todos los datos desde Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

Apellido/s del niño/a:	Primer nombre:	Inicial del otro nombre:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):	Sexo:

Le doy permiso a la escuela de compartir la información en el registro de vacunación de mi hijo/a con el Sistema Informático de Vacunación del estado para ayudar a la escuela a mantener el registro de vacunación de mi hijo/a vigente.			Certifico que la información en esta forma es correcta y verificable.	
Firma requerida del padre, madre o tutor legal			Fecha	
_____			_____	

- ◆ Requisito para guardería, preescolar y escuela
- Requisito único para guardería y preescolar

Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Vacunas requeridas para la entrada a guardería, preescolar o escuela

◆ DTaP, DT (Difteria, Tétanos, Tos ferina)						
◆ Tdap (Tétanos, Difteria, Tos ferina)						
◆ Td (Tétanos, Difteria)						
◆ Hepatitis B <input type="checkbox"/> 2-dosis entre las edades de 11-15 años						
● Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)						
◆ IPV / OPV (Polio)						
◆ MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola)						
● PCV / PPSV (Neumocócica)						
◆ Varicela <input type="checkbox"/> Inmunidad verificada por el Sistema						

Vacunas recomendadas pero no requeridas para la entrada a guardería, preescolar o escuela

Gripe (Influenza)						
Hepatitis A						
HPV (Virus del Papiloma Humano o VPH)						
MCV, MPSV (Meningocócica)						
MenB (Meningocócica)						
Rotavirus						

Documentation of Disease Immunity

Healthcare provider use only

If the child named in this form has a history of Varicella (Chickenpox) or can show immunity by blood test (titer) it MUST be verified by a healthcare provider.

I certify that the child named on this form has:

- a verified history of Varicella (Chickenpox).
- laboratory evidence of immunity (titer) to Disease/s marked below. **Lab report(s) for titers MUST also be attached.**

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria
<input type="checkbox"/> Hepatitis A
<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Hib
<input type="checkbox"/> Measles | <input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Rubella
<input type="checkbox"/> Tetanus
<input type="checkbox"/> Varicella | <input type="checkbox"/> Other:

_____ |
|---|--|---|

Licensed healthcare provider signature
Date (MD, DO, ND, PA, ARNP)

Printed Name

Instrucciones para completar esta forma: imprímala desde el Sistema Informático de Vacunación o llénela a mano.

Para imprimir con todos los datos: pregunte en la oficina de su proveedor médico si ellos ingresan los antecedentes de vacunación en el Sistema Informático de Vacunación (base de datos estatal). Si le dicen que sí, pídale imprimir el Certificado de Estado de Vacunación desde el Sistema y así la información de su hijo/a será llenada automáticamente con todos los datos. Usted también puede imprimirlo desde la comodidad de su hogar, solo necesita visitar <https://wa.myir.net> y abrir una cuenta en MyIR. **Si su médico no usa el Sistema, comuníquese con el Departamento de Salud del estado por email: waisrecords@doh.wa.gov o teléfono: 1-866-397-0337, para recibir una copia del Certificado de su hijo/a.**

Para llenar esta forma a mano:

#1 En la primera página de esta forma, proporcione los datos de su hijo/a: nombre, fecha de nacimiento y sexo. Firme su nombre en la parte indicada.

#2 Información sobre vacunas: bajo cada una de las columnas, proporcione las fechas en que las vacunas fueron administradas de la siguiente forma: mes/día/año. Si su hijo/a recibió una vacuna en forma combinada (una inyección que protege contra varias enfermedades), use las guías de referencia de abajo para proporcionar la información correcta. Por ejemplo: escriba Pediarix bajo Difteria, Tétanos, Tos ferina como **DTaP**, Hepatitis B como **Hep B**, y Polio como **IPV**.

#3 Inmunidad a la varicela a causa de la enfermedad: si su hijo/a tuvo varicela y desarrolló inmunidad a la enfermedad sin haber recibido la vacuna, **un proveedor médico debe dar testimonio o verificar dicha inmunidad para cumplir con el requisito escolar.**

Si su proveedor médico puede verificar que su hijo/a tuvo varicela, pídale que firme y marque el cuadrado en la sección titulada "Documentation of Disease Immunity".

Si el personal escolar tiene acceso al Sistema y puede ver la sección que indica que su hijo/a tuvo inmunidad a la varicela, ellos pueden marcar el cuadrado bajo esa sección.

#4 Documentación de inmunidad a diferentes enfermedades: Si se puede verificar por medio de un estudio de sangre que su hijo/a es inmune a varias enfermedades aunque no haya sido vacunado, pídale a su proveedor médico que: marque los cuadrillos correspondientes a esas enfermedades en la sección titulada "Documentation of Disease Immunity", firme y ponga la fecha en la forma. **Junto con esta forma usted debe proporcionar copias de los estudios de sangre que muestran que su hijo/a tiene inmunidad.**

Guía de referencia para abreviaciones de vacunas en orden alfabético

Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna
DT	Difteria, Tétanos	Hep A	Hepatitis A	MCV / MCV4	Meningocócica conjugada	OPV	Vacuna oral contra la polio	Tdap	Difteria, Tétanos, Tos ferina
DTaP	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Hep B	Hepatitis B	MenB	Meningocócica B	PCV / PCV7 / PCV13	Neumocócica conjugada	VAR / VZV	Varicela
DTP	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	MPSV / MPSV4	Meningocócica polisacárida	PPSV / PPV23	Neumocócica polisacárida		
Gripe (IIV)	Influenza	HPV (2vHPV / 4vHPV / 9vHPV)	Virus del papiloma humano (VPH)	MMR	Sarampión, Paperas, Rubéola	Rota (RV1 / RV5)	Rotavirus		
HBIG	Inmunoglobulina de Hepatitis B	IPV	Vacuna inactivada contra la polio	MMRV	Sarampión, Paperas, Rubéola, Varicela	Td	Tétanos, Difteria		

Guía de referencia para marcas comerciales de vacunas en orden alfabético

Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna
ActHIB®	Hib	Fluarix®	Influenza	Havrix®	Hep A	Menveo®	Meningocócica	Rotarix®	Rotavirus (RV1)
Adacel®	Tdap	Flucelvax®	Influenza	Hiberix®	Hib	Pediarix®	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq®	Rotavirus (RV5)
Afluria®	Influenza	FluLaval®	Influenza	HibTITER®	Hib	PedvaxHIB®	Hib	Tenivac®	Td
Bexsero®	MenB	FluMist®	Influenza	Ipol®	IPV	Pentacel®	DTaP + Hib + IPV	Trumenba®	MenB
Boostrix®	Tdap	Fluvirin®	Influenza	Infanrix®	DTaP	Pneumovax®	PPSV	Twinrix®	Hep A + Hep B
Cervarix®	2vHPV	Fluzone®	Influenza	Kinrix®	DTaP + IPV	Prevnar®	PCV	Vaqta®	Hep A
Daptacel®	DTaP	Gardasil®	4vHPV	Menactra®	MCV o MCV4	ProQuad®	MMR + Varicela	Varivax®	Varicela
Engerix-B®	Hep B	Gardasil® 9	9vHPV	Menomune®	MPSV4	Recombivax HB®	Hep B		