



Certificado del estado de vacunación (CIS)

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

Escriba con letra de molde. Al reverso encontrará instrucciones sobre cómo llenar este formulario u obtener un impreso del Registro de vacunación.

Apellido del niño(a): _____	Nombre: _____	Inicial del 2º nombre: _____	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____	Sexo: _____
Símbolos abajo: <input checked="" type="checkbox"/> Obligatoria para escuela y guardería/preescolar <input type="checkbox"/> Obligatoria sólo para guardería/preescolar			Nombre del padre, madre o tutor (escriba con letra de molde): _____	

Certifico que la información presentada en este formulario es correcta y verificable.	
Firma obligatoria del padre, madre o tutor _____	Fecha _____

Vacuna	Dosis	Fecha		
		Mes	Día	Año
◆ Hepatitis B (Hep B)				
	1			
	2			
	3			
o Hep B - calendario alternativo de 2 dosis para adolescentes				
	1			
	2			
Rotavirus (RV1, RV5)				
	1			
	2			
	3			
◆ Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP, DTP, DT)				
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
◆ Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap, Td)				
	1			
	2			
● Haemophilus influenzae tipo b (Hib)				
	1			
	2			
	3			
	4			
● Infección neumocócica (PCV, PPSV)				
	1			
	2			
	3			
	4			

Vacuna	Dosis	Fecha		
		Mes	Día	Año
◆ Polio / poliomielitis (IPV, OPV)				
	1			
	2			
	3			
	4			
Gripe / influenza (la vacuna más reciente)				
◆ Sarampión, paperas (parotiditis), rubéola (MMR)				
	1			
	2			
◆ Varicela o verifique la enfermedad en 1) a 4) ▶				
	1			
	2			
Hepatitis A (Hep A)				
	1			
	2			
Infección meningocócica (MCV, MPSV)				
	1			
Virus del papiloma humano (HPV)				
	1			
	2			
	3			
Office Use Only: Immunization information updated and verified with parent/guardian permission:				
Printed Staff Name	Date	Printed Staff Name	Date	
_____	_____	_____	_____	
Printed Staff Name	Date	Printed Staff Name	Date	
_____	_____	_____	_____	

Si el niño nombrado en este CIS tuvo varicela (y no la vacuna), deberán verificarse los antecedentes de la enfermedad. **Marque la opción 1, 2, 3 ó 4 a continuación – véase el #5 al reverso.**

1) Varicela verificada por un impreso del Registro de vacunación de "CHILD Profile"
Para ser válido deberá estar marcado como impreso (no a mano).

2) Varicela verificada por proveedor médico (PM)
Si elige esta casilla, marque el 2A ó el 2B abajo.
2A) Nota firmada del PM adjunta O
2B) PM firmó aquí y escribió su nombre abajo:

Firma del proveedor médico (PM) con licencia _____ Fecha (MD, DO, ND, PA, ARNP) _____
Nombre del PM: _____

3) Varicela verificada por el personal escolar con el Registro de vacunación de "CHILD Profile"
Si elige esta casilla, el personal deberá escribir sus iniciales indicando que el padre, madre o tutor lo aprueba: _____ (iniciales) _____ (fecha)

4) Varicela verificada por padre o madre*
Si elige esta casilla, escriba la fecha o edad en que el niño(a) tuvo la enfermedad:
 Edad/fecha de la enfermedad: _____
 * **SÓLO** puede verificarla para algunos grados; véase el #5 (4) al reverso.

Si se puede demostrar mediante análisis de sangre (valor cuantitativo) que el niño es inmune y no ha recibido la vacuna, pídale a su PM que llene este recuadro. Documentación de inmunidad a la enfermedad

Certifico que se ha demostrado con pruebas de laboratorio que el niño nombrado en este CIS tiene inmunidad (valor cuantitativo) contra las siguientes enfermedades marcadas. **El informe o informes de laboratorio firmados también deberán estar adjuntos.**

<input type="checkbox"/> Difteria	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Polio	
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Rubéola	
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Tétanos	
<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Varicela	

Firma del proveedor médico (PM) con licencia _____ Fecha (MD, DO, ND, PA, ARNP) _____
Nombre del PM: _____

Instrucciones para llenar el Certificado del estado de vacunación (CIS): obtenga un impreso del Registro de vacunación o llénelo a mano.

#1 Para imprimirlo con la información ya llenada: primero, pregunte en la oficina de su proveedor médico si ingresan los antecedentes de vacunación en el Registro de vacunación de "CHILD Profile" (base de datos de todo el estado de Washington). Si le dicen que sí, pídale imprimir el certificado CIS de "CHILD Profile" y así se llenará automáticamente la información de su hijo(a).

Asegúrese de revisar toda la información, **firmar y fechar el certificado CIS** en el recuadro superior derecho, y de devolverlo a la escuela o guardería. Si en la oficina de su proveedor médico no usan el sistema de "CHILD Profile", pídale una copia del registro de vacunación de su hijo(a) para que pueda llenarlo a mano usando los pasos #2 a 7 (a continuación):

EJEMPLO

#2 Para llenarlo a mano: escriba el nombre de su hijo(a), fecha de nacimiento, sexo y el nombre de usted en el recuadro superior.

#3 Escriba cada vacuna que su hijo recibió bajo la enfermedad correcta. Escriba el tipo de vacuna bajo la columna "Vacuna" y la fecha en que cada dosis se recibió en las columnas de "Mes", "Día" y "Año" (como mm/dd/aaaa). Por ejemplo, si la vacuna DTaP se recibió el 12 de enero, el 20 de marzo y el 1 de junio de 2011, escríbalo como se indica aquí -----▶

Vacuna	Dosis	Fecha		
		Mes	Día	Año
◆ Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP, DTP, DT)				
DTaP	1	01	12	2011
DTaP	2	03	20	2011
DTaP	3	06	01	2011

#4 Si su hijo recibe una vacuna múltiple (una inyección que lo protege contra varias enfermedades), consulte la Guía de referencia a continuación para anotar cada vacuna correctamente. Por ejemplo, anote Pediarix bajo Difteria, tétanos, tos ferina como **DTaP**, Hepatitis B como **Hep B**, y Polio como **IPV**.

#5 Si su hijo ha tenido varicela y no ha recibido la vacuna, **use sólo una** de estas cuatro opciones para anotar esto en el certificado CIS:

- 1) Si el certificado CIS de su hijo se imprime directamente del Registro de vacunación de "CHILD Profile" (con el sistema escolar o en la oficina de su proveedor médico), y se verifica la enfermedad, la casilla 1 se marca automáticamente. Para que sea válida, esta casilla deberá ser marcada mediante el impreso del Registro de vacunación (no a mano).
- 2) Si su proveedor médico (PM) puede verificar que su hijo ha tenido varicela, marque la casilla 2. Luego, marque ya sea el 2A para adjuntar una nota firmada de su PM, o el 2B si su PM firma y fecha en el espacio proporcionado. Asegúrese también de que se escriba el nombre completo de su PM.
- 3) Si el personal escolar accede al Registro de vacunación de "CHILD Profile" y puede verificar que su hijo ha tenido varicela, el personal marcará la casilla 3. Luego, el personal deberá escribir sus iniciales y la fecha para indicar que obtuvo la aprobación del padre, madre o tutor para marcar esta casilla (es decir, hacer este cambio) en el certificado CIS.
- 4) Si su hijo comenzó a asistir al jardín de infancia (kindergarten) en el año escolar 2008-2009 o posteriormente, usted **NO PUEDE** marcar esta casilla. Si su hijo comenzó a asistir al jardín de infancia antes del año escolar 2008-2009, marque esta casilla si usted sabe que él o ella ha tenido varicela. Si marca la casilla 4, también deberá escribir la edad o fecha aproximada en que su hijo tuvo varicela. Para averiguar qué grados exigen la vacuna contra la varicela (o antecedentes), consulte: <http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/schools/vaccine.htm>

#6 Documentación de inmunidad a la enfermedad: si se puede demostrar mediante análisis de sangre que su hijo tiene inmunidad (valor cuantitativo) y no ha recibido la vacuna, pídale a su proveedor médico (PM) llenar este recuadro. Pídale a su PM que marque las enfermedades correspondientes, que firme, feche y escriba su nombre en el espacio proporcionado, y que **adjunte los informes firmados del laboratorio**.

#7 Asegúrese de **firmar y fechar el certificado CIS** en el recuadro superior derecho, y de devolverlo a la escuela o guardería.

#8 Si una escuela o guardería hace un cambio en su certificado CIS, el personal escribirá su nombre y la fecha en el recuadro inferior de la columna de en medio para mostrar que usted dio su aprobación.

Guía de referencia

Guía de Referencia

Nombres comerciales de las vacunas en orden alfabético									
(Puede consultar listas actualizadas en http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)									
Nombre comercial	Vacuna	Nombre comercial	Vacuna	Nombre comercial	Vacuna	Nombre comercial	Vacuna	Nombre comercial	Vacuna
ActHIB	Hib	Engerix-B	Hep B	Ipol	IPV	Pentavalente	DTaP + Hep B + Hib	TriHIBit	DTaP + Hib
Adacel	Tdap	Fluarix	Gripe / flu (TIV)	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV o PPV23	Tripedia	DTaP
Afluria	Gripe / flu (TIV)	FluLaval	Gripe / flu (TIV)	Kinrix (Knrx)	DTaP + IPV	Prevnar	PCV o PCV7 o PCV13	Twinrix (Twnrx)	Hep A + Hep B
Boostrix	Tdap	FluMist	Gripe / flu (LAIV)	Menactra	MCV o MCV4	ProQuad (PrQd)	MMR + Varicela	Vaqta	Hep A
Cervarix	HPV2	Fluvirin	Gripe / flu (TIV)	Menomune	MPSV o MPSV4	Quadracel (Qdrcel)	DTaP + IPV	Varivax	Varicela
Comvax (Cmvx)	Hep B + Hib	Fluzone	Gripe / flu (TIV)	Pediarix (Pdrx)	DTaP + Hep B + IPV	Recombivax HB	Hep B		
Daptacel	DTaP	Gardasil	HPV4	PedvaxHIB	Hib	Rotarix	Rotavirus (RV1)		
Decavac	Td	Havrix	Hep A	Pentacel (Pntcl)	DTaP + Hib + IPV	RotaTeq	Rotavirus (RV5)		

Abreviaciones de las vacunas en orden alfabético							
(Puede consultar listas actualizadas en http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)							
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 (HAV) Hep B (HBV)	Hepatitis A Hepatitis B	MPSV o MPSV4	Vacuna antimeningocócica polisacárida	Rota (RV1 o RV5)	Rotavirus
DTaP	Difteria, tétanos, tos ferina acelular	Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	MMR / MMRV	Vacuna triple vírica contra sarampión, paperas (parotiditis), rubéola / más varicela	Td	Tétanos, difteria
DTP	Difteria, tétanos, tos ferina	HPV	Virus del papiloma humano	OPV	Vacuna antipoliomielítica oral	Tdap	Tétanos, difteria, tos ferina acelular
Gripe / flu (TIV o LAIV)	Vacuna antigripal / contra la influenza	IPV	Vacuna antipoliomielítica inactivada	PCV o PCV7 o PCV13	Vacuna antineumocócica conjugada	TIG	Concentrado de inmunoglobulinas antitetánicas
HBIG	Concentrado de inmunoglobulinas antihepatíticas B	MCV o MCV4	Vacuna antimeningocócica conjugada	PPSV o PPV23	Vacuna antineumocócica polisacárida	VAR o VZV	Varicela

Si tiene alguna discapacidad y necesita este documento en otro formato, no dude en llamar al 1-800-525-0127 (TDD/TTY 1-800-833-6388).

Spanish

DOH 348-013 January 2010