



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 _____ | |
| Printed Staff Name _____ | | Date _____ | | Printed Staff Name _____ | |

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