



# Certificado de Estado de Vacunación

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Signed COE on File?  Yes  No

Imprima este formulario. Vea el reverso de este formulario para obtener instrucciones sobre cómo llenarlo o imprimirlo del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

**Apellido del niño:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Inicial del segundo nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):** \_\_\_\_\_

Autorizo a la escuela/establecimiento de cuidado infantil de mi hijo a agregar información sobre las vacunas en el IIS para ayudar a la escuela a mantener un registro de mi hijo.

Solo estado condicional: Reconozco que mi hijo está ingresando a la escuela/ establecimiento de cuidado infantil en estado condicional. Para que mi hijo permanezca en la escuela, debo proporcionar la documentación requerida de las vacunas en los plazos establecidos. Consulte en el reverso para obtener orientación sobre el estado condicional.

X \_\_\_\_\_  
**Firma del padre, la madre o el tutor**

X \_\_\_\_\_  
**Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor si comienza en estado condicional** **Fecha**

▲ Se requiere para la escuela • Se requiere para el establecimiento de cuidado infantil/preescolar	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
<b>Vacunas obligatorias para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil</b>						
•▲ DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)						
▲ Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) (a partir de 7.º grado)						
•▲ DT o Td (tétanos, difteria)						
•▲ Hepatitis B						
• Hib ( <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)						
•▲ IPV (polio) (cualquier combinación de IPV/OPV)						
•▲ OPV (polio)						
•▲ MMR (sarampión, paperas, rubéola)						
• PCV/PPSV (antineumocócica)						
•▲ Varicela <input type="checkbox"/> Antecedentes de la enfermedad verificados por el IIS						
<b>Vacunas recomendadas (no se requieren para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil)</b>						
COVID-19						
Gripe (influenza)						
Hepatitis A						
VPH (virus del papiloma humano)						
MCV/MPSV (meningococo tipo A, C, W, Y)						
MenB (meningococo tipo B)						
Rotavirus						

**Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)**

If the child named in this Certificate of Immunization Status (CIS) has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.

I certify that the child named on this CIS has:  
 A verified history of varicella (chickenpox) disease.  
 Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.

<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"/> Rubella	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Varicella

Polio (all 3 serotypes must show immunity)

▶ \_\_\_\_\_  
 Licensed Health Care Provider Signature Date

▶ \_\_\_\_\_  
 Printed Name

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.

Health Care Provider or School Official Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.