



# Certificado del estado de vacunación (CIS)

DOH 348-013 January 2015 Spanish

**Office Use Only:**  
 Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Signed Cert. of Exemption on file?  Yes  No

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

<b>Apellido del niño(a):</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Inicial del 2º nombre:</b>	<b>Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):</b>	<b>Sexo:</b>	Autorizo la escuela de mi niño compartir información con el Immunization Information System (Registro de vacunación) para mantener el registro escolar de mi niño.  _____ <b>Firma obligatoria del padre, madre o tutor</b> <b>Fecha</b>
Símbolos abajo:    ♦ Obligatoria para escuela y guardería/preescolar ● Obligatoria sólo para guardería/preescolar ■ Recomendada pero no obligatoria					
Certifico que la información presentada en este formulario es correcta y verificable.  _____ <b>Firma obligatoria del padre, madre o tutor</b> <b>Fecha</b>					_____ <b>Firma obligatoria del padre, madre o tutor</b> <b>Fecha</b>

Vacuna	Dosis	Fecha		
		Mes	Día	Año
<b>◆ Hepatitis B (Hep B)</b>				
	1			
	2			
	3			
<b>Hep B - calendario alterno de 2 dosis para adolescentes</b>				
	1			
	2			
<b>■ Rotavirus (RV1, RV5)</b>				
	1			
	2			
	3			
<b>◆ Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP, DTP, DT)</b>				
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
<b>◆ Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap)</b>				
	1			
	2			
<b>■ Tétanos, difteria (Td)</b>				
<b>● Haemophilus influenzae tipo b (Hib)</b>				
	1			
	2			
	3			
	4			
<b>■ Gripe / influenza (la vacuna más reciente)</b>				

Vacuna	Dosis	Fecha		
		Mes	Día	Año
<b>● Infección neumocócica (PCV, PPSV)</b>				
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
<b>◆ Polio / poliomieltitis (IPV, OPV)</b>				
	1			
	2			
	3			
	4			
<b>◆ Sarampión, paperas, rubéola (MMR)</b>				
	1			
	2			
<b>◆ Varicela</b>				
	1			
	2			
<b>■ Hepatitis A (Hep A)</b>				
	1			
	2			
<b>■ Virus del papiloma humano (HPV), no puede imprimirse del registro de vacunación (IIS), llénelo a mano</b>				
	1			
	2			
	3			
<b>■ Infección meningocócica (MCV, MPSV)</b>				
	1			
	2			

Si el niño nombrado en este CIS tuvo varicela, pero no la vacuna, deberán verificarse los antecedentes de la enfermedad. **Marque la opción 1, 2, o 3 a continuación (vea el enlistado #5 al reverso de esta página).**

**1)  Varicela verificada por un impreso del registro de vacunación (IIS)**  
 Para ser válido deberá estar marcado como impreso (no a mano).

**2)  Varicela verificada por un proveedor médico (PM)**  
 Si elige esta casilla, marque el 2A o el 2B abajo y dígame a su proveedor médico que firme en la sección de abajo.  
**2A)  Nota firmada del PM adjunta, o**  
**2B)  PM firmó aquí y escribió su nombre abajo:**

\_\_\_\_\_  
**Firma del proveedor medico (PM) con licencia (MD, DO, ND, PA, ARNP):**      **Date:** \_\_\_\_\_

**Nombre del PM:** \_\_\_\_\_

**3)  Varicela verificada por el personal escolar con el registro de vacunación**

Si se puede demostrar mediante análisis de sangre que el niño es inmune y no ha recibido la vacuna, pídale a su proveedor médico que termine de llenar este recuadro:

**Documentación de inmunidad a la enfermedad**

Certifico que se ha demostrado con prueba de laboratorio que el niño nombrado en este CIS tiene inmunidad contra las siguientes enfermedades marcadas. **Todo informe de laboratorio firmado también deberá ir adjunto.**

<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 medico (PM) con licencia (MD, DO, ND, PA, ARNP):**      **Date:** \_\_\_\_\_

**Nombre del PM:** \_\_\_\_\_

# Instrucciones para llenar el Certificado del estado de vacunación (CIS): Imprímalo del Registro de vacunación (IIS) 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 (base de datos de todo el estado de Washington). Si le dicen que sí, pídale imprimir el certificado CIS del Registro de vacunación 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 Registro de vacunación, 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 en el ejemplo en esta página a su derecha. ►

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

**#4** Si su hijo recibe una vacuna múltiple (inyección que lo protege contra varias enfermedades), consulte la Guía de referencia abajo 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 tres opciones para anotar esto en el certificado CIS:

- Si el certificado CIS de su hijo se imprime directamente del Registro de vacunación (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).
- 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.
- Si el personal escolar accede al Registro de vacunación y puede verificar que su hijo ha tenido varicela, el personal marcará la casilla 3.

**#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.

## Nombres comerciales de las vacunas en orden alfabético (Consulte listas actualizadas en <https://fortress.wa.gov/doh/cpir/iweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf>)

Nombre comercial	Vacuna	Nombre comercial	Vacuna	Nombre comercial	Vacuna	Nombre comercial	Vacuna	Nombre comercial	Vacuna
ActHIB	Hib	FluLaval	Flu	Ipol	IPV	PedvaxHIB	Hib	Twinrix (Twnrx)	Hep A + Hep B
Adacel	Tdap	FluMist	Flu	Infanrix	DTaP	Pentacel (Pntcl)	DTaP + Hib + IPV	Vaqta	Hep A
Afluria	Flu	Fluvirin	Flu	Kinrix (Knrx)	DTaP + IPV	Pneumovax	PPSV o PPV23	Varivax	Varicela
Boostrix	Tdap	Fluzone	Flu	Menactra	MCV o MCV4	Prevnar	PCV o PCV7 o PCV13		
Cervarix	HPV2	Gardasil	HPV4	MenHibrix (Mnhbrx)	Meningococcal C/Y-HIB-PRP	ProQuad (PrQd)	MMR + Varicela		
Daptacel	DTaP	Havrix	Hep A	Menomune	MPSV o MPSV4	Recombivax HB	Hep B		
Engerix-B	Hep B	Hiberix	Hib	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)		
Fluarix	Flu	HibTITER	Hib	Pediarix (Pdrx)	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (RV5)		

## Abreviaciones de las vacunas en orden alfabético (Consulte listas actualizadas en <https://fortress.wa.gov/doh/cpir/iweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf>)

Abreviaciones	Nombre de la vacuna	Abreviaciones	Nombre de la vacuna	Abreviaciones	Nombre de la vacuna	Abreviaciones	Nombre de la vacuna
DT	Difteria, tétanos	Hep A (HAV) Hep B (HBV)	Hepatitis A Hepatitis B	MPSV o MPSV4	Antimeningocócica polisacárida	Rota (RV1 o RV5)	Rotavirus
DTaP	Difteria, tétanos, tos ferina acelular	Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	MMR / MMRV	Triple vírica contra sarampión, paperas y rubéola / más varicela	Td	Tétanos, difteria
DTP	Difteria, tétanos, tos ferina	HPV	Virus del papiloma humano	OPV	Antipoliomielítica oral	Tdap	Tétanos, difteria, tos ferina acelular
Gripe / flu (IIV o LAIV)	Antigripal / contra la influenza	IPV	Antipoliomielítica inactivada	PCV o PCV7 o PCV13	Antineumocócica conjugada	TIG	Concentrado de inmunoglobulinas antitéticas
HBIG	Concentrado de inmunoglobulinas antihepatíticas B	MCV o MCV4	Antimeningocócica conjugada	PPSV o PPV23	Antineumocócica polisacárida	VAR o VZV	Varicela

Oficina de Salud Pública  
 3600 15th Avenue, NW  
 Seattle, WA 98107  
 Teléfono: 206.462.3000  
 TDD/TTY: 206.462.3000