



Oregon Certificate of Immunization Status

Certificado de estado de vacunación

Oregon law requires proof of immunization or exemption signed prior to a child's attendance at school, preschool, child care or home day care. This information is being collected on behalf of the Oregon Health Authority and may be released to the Authority or the local public health department by the school or children's facility upon request of the Authority.

La ley de Oregon requiere que se entregue un comprobante de vacunación o de exención firmado antes de que un(a) menor asista a la escuela, al preescolar, a un centro de cuidado infantil o a una guardería. Esta información se recopila en nombre de la Autoridad de Salud de Oregon y la escuela o el centro infantil, y puede divulgarse a la Autoridad o al departamento local de salud pública, si la Autoridad la solicita.

Child's last name <i>Apellido del/de la menor</i>	First name <i>Primer nombre</i>	Middle name <i>Segundo nombre</i>	Birth date <i>Fecha de nacimiento</i>
Parents' or Guardians' names <i>Nombre de los padres o guardián</i>		Phone number <i>Número de teléfono</i>	

Write the dates the child received the vaccines
Indique las fechas en las que el/la menor recibió las vacunas

Vaccines / <i>Vacunas</i>	Dose 1 <i>Dosis 1</i>	Dose 2 <i>Dosis 2</i>	Dose 3 <i>Dosis 3</i>	Dose 4 <i>Dosis 4</i>	Dose 5 <i>Dosis 5</i>
Diphtheria/Tetanus/Pertussis <i>Difteria/tétanos/tos ferina</i> (DTaP)					
(Tdap)					
Polio (IPV)					
Varicella (Chickenpox) <i>Varicela</i>			<input type="checkbox"/> Check if child had chickenpox disease <i>Marque aquí si el/la menor ha tenido varicela.</i> Date / <i>Fecha:</i>		
Measles/Mumps/Rubella (MMR) <i>Sarampión/paperas/rubéola</i>					
Hepatitis B (Hep B)					
Hepatitis A (Hep A)					
Haemophilus Influenzae Type B <i>Tipo B (Hib)</i>					

I certify that the information on the form is an accurate record of this child's immunizations.
Certifico que la información en el formulario es un registro exacto de las vacunas de este(a) menor.

Signature*

*Firma** X _____

Date

Fecha _____

Update signature

Actualizar la firma X _____

Date

Fecha _____

* Parent, guardian, student at least 15 years of age, medical provider or county health department staff person may sign to verify vaccinations.

* *El padre, la madre, el/la guardián(a), un estudiante de por lo menos 15 años de edad, un proveedor médico o un miembro del personal del departamento de salud del condado puede firmar para verificar las*

Child's last name <i>Apellido del/de la menor</i>	First name <i>Primer nombre</i>	Middle name <i>Segundo nombre</i>	Birth date <i>Fecha de nacimiento</i>
--	------------------------------------	--------------------------------------	--

Other vaccines received <i>Otras vacunas recibidas</i>		Medical exemptions and immunity documentation <i>Documentación sobre las exenciones médicas y documentación de inmunidad.</i>
Vaccine name <i>Nombre de la vacuna</i>	Date <i>Fecha</i>	
		<p>Medical exemptions and immunity documentation require a letter signed by a licensed physician submitted to your child's school or child care. For the requirements go to www.healthoregon.org/medicalexemptions</p> <p><i>La documentación sobre las exenciones médicas y documentación de inmunidad exige que se le entregue a la escuela o centro de cuidado infantil de su hijo(a) una carta firmada por un médico autorizado. Para ver los requisitos, visite www.healthoregon.org/medicalexemptions</i></p>

Nonmedical exemption / Exención no médica

I have received information regarding the benefits and risk of immunizations. I understand my child may be excluded from school or child care if there is a case of disease that could be prevented by vaccine. I have attached the required document from (check one):

The vaccine module approved by the Oregon Health Authority
A health care practitioner

He recibido la información relacionada con los beneficios y los riesgos de las vacunas. Entiendo que pueden excluir a mi hijo(a) de la escuela o del centro de cuidado infantil si se presenta un caso de enfermedad que podría prevenirse con una vacuna. Adjunto el documento requerido de parte de (marque una opción):

El módulo de vacunas aprobado por la Autoridad de Salud de Oregon
Un proveedor de atención médica

I request that my child be exempted from the following required immunizations (check all that apply):
Solicito que se exente a mi hijo(a) de las siguientes vacunas requeridas (marque todas las opciones que correspondan):

Diphtheria/Tetanus/Pertussis / Difteria/tétanos/tos ferina Polio Varicella / *Varicela*
Measles/Mumps/Rubella / *Sarampión/paperas/rubéola* Hepatitis B Hepatitis A
Hib

Optional / Opcional
Immunizations are being declined because of:
Se están rechazando las vacunas debido a lo siguiente:

Religious belief / *Creencias religiosas* Philosophical belief / *Creencias filosóficas* Other / *Otro*

Signature
Firma X _____ Date
Fecha _____

Instructions for Completing the Certificate of Immunization Status

Contact information:

Complete information for your child including full name, birthdate, current mailing address, parents' or guardians' names and phone number. This information will be used to contact you if there are questions about your child's immunization history.

Required vaccines (First page):

Fill in the month/day/year that your child received each dose of vaccine. Doses must be listed in the order received. Check with your child's school or daycare to find out which vaccines are required for your child's age or grade.

Signature:

The parent or guardian signature is a sworn statement that the child's record is accurate. The signature of a physician or local health department is not required but it is acceptable. People 15 years and older can sign their own records. **Every time you add on to your child's information you need to resign the form.**

Other vaccines received (Second page):

For any vaccine not listed on the front, fill in the month/day/year that your child received each dose of vaccine.

Exemptions:

Oregon allows medical and nonmedical exemptions.

For a nonmedical exemption, check the appropriate box and submit one of the following required documents:

1. A certificate signed by a health care practitioner verifying discussion of the benefits and risks of immunization, or
2. A certificate of completion of the vaccine educational module about the benefits and risks of immunization.

Indicate which vaccines you are exempting your child from by checking the boxes. Sign and date on the indicated line.

For a medical exemption or proof of immunity, submit a letter from your child's physician to the school or child care.

Instrucciones para llenar el Certificado de Estado de Vacunación

Información de contacto:

Dé la siguiente información sobre su hijo(a): nombre completo, fecha de nacimiento, nombres de los padres o guardián. Usaremos esta información para comunicarnos con usted si hay preguntas sobre los datos de vacunación de su hijo(a).

Vacunas requeridas (primera página):

Escriba el mes/día/año en que su hijo(a) recibió cada dosis de vacuna. Las dosis se deben enumerar en el orden en que fueron recibidas. Averiguar con la escuela o guardería cuales son las vacunas requeridas para la edad y grado escolar de su niño(a).

Firma:

La firma del padre, madre o guardián es una declaración jurada de que la historia de vacunas del niño esta correcta. La firma del médico o del departamento de salud local no son requeridas, pero son aceptadas. **Cada vez que agregue datos a la información sobre su hijo(a) debe volver a firmar el formulario.**

Otras vacunas recibidas (segunda página):

Por vacunas que no están mencionadas en la primera página nómbrelas en la segunda página, escriba el mes/día/año en que su hijo(a) recibió cada dosis de vacuna.

Exenciones:

Oregón permite exenciones médicas y no médicas.

Para una exención no médica, marque la casilla adecuada y presente uno de los siguientes documentos requeridos:

1. Un certificado firmado por un proveedor de atención de salud verificando la discusión de los beneficios y riesgos de la vacunación, o
2. Un certificado de terminación del módulo educativo de la vacuna sobre los beneficios y riesgos de la vacunación.

Indique para cuáles vacunas quiere que su hijo(a) sea exento(a) al marcar las casillas. Firme y ponga la fecha en la línea indicada.

Para una exención médica o un comprobante de inmunidad, presente una carta del doctor de su hijo(a) a la escuela o cuidado infantil.

