

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 tutores</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 / Vacunas	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>			☐ Check if child had chickenpox disease <i>Marque aquí si el/la menor ha tenido varicela.</i> Date / Fecha _____		
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* <i>Firma*</i>		Date <i>Fecha</i>	
Update signature <i>Actualizar la firma</i>		Date <i>Fecha</i>	

* 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 tutor(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 vacunas.*

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>	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 <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>

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 / *Opciona*

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 <i>Firma</i>		Date <i>Fecha</i>	
---------------------------	--	----------------------	--