



# Certificate of Immunization Status (CIS)

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

Mangyaring i-print. Tingnan ang likod para sa mga tagubilin sa kung paano punan ang form na ito o i-print ito mula sa Washington State Immunization Information System (IIS, Sistema ng Impormasyon sa Pagbabakuna ng Estado ng Washington).

<b>Apelyido ng Bata:</b>	<b>Pangalan:</b>	<b>Inisyal ng Gitnang Pangalan:</b>	<b>Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy):</b>
--------------------------	------------------	-------------------------------------	--

Binibigyang pahintulot ko ang paaralan/lugar ng pangangalaga sa bata ng aking anak na idagdag ang impormasyon sa pagbabakuna sa Immunization Information System upang matulungan ang paaralan na mapanatili ang tala ng aking anak.	Kondisyonal na Katayuan Lamang: Kinikilala kong papasok ang aking anak sa paaralan/lugar ng pangangalaga sa bata na may kondisyonal na katayuan. Upang manatili ang aking anak sa paaralan, dapat akong magbigay ng kinakailangang dokumentasyon sa pagbabakuna sa mga takdang petsa. Tingnan ang likod para sa patnubay sa kondisyonal na katayuan.
---	--

<b>X</b> _____ Pirma ng Magulang/Tagapangalaga <span style="float:right">Petsa</span>	<b>X</b> _____ Kinakailangan ang Pirma ng Magulang/Tagapangalaga kung Magsisimula sa Kondisyonal na Katayuan <span style="float:right">Petsa</span>
---	---

<input type="checkbox"/> Kinakailangan para sa Paaralan	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY
<input type="checkbox"/> Kinakailangan para sa Lugar ng Pangangalaga sa Bata/Preschool						

### Mga Kinakailangan na Bakuna para sa Pagpasok sa Paaralan o Lugar ng Pangangalaga sa Bata

<input type="checkbox"/> <b>DTaP</b> (Dipterya, Tetano, Pertusis)						
<input type="checkbox"/> <b>Tdap</b> (Tetano, Dipterya, Pertusis) (baitang 7+)						
<input type="checkbox"/> <b>DT o Td</b> (Tetano, Dipterya)						
<input type="checkbox"/> <b>Hepatitis B</b>						
<input type="checkbox"/> <b>Hib</b> ( <i>Haemophilus influenzae na uri b</i> )						
<input type="checkbox"/> <b>IPV</b> (Polyo) (anumang kombinasyon ng IPV/OPV)						
<input type="checkbox"/> <b>OPV</b> (Polyo)						
<input type="checkbox"/> <b>MMR</b> (Tigdas (Measles), Beke (Mumps), Rubella)						
<input type="checkbox"/> <b>PCV/PPSV</b> (Pneumococcal)						
<input type="checkbox"/> <b>Varicella</b> (Chickenpox o bulutong-tubig) <input type="checkbox"/> Kasaysayan ng sakit na bineripika ng IIS						

### Mga Inirerekomandang Bakuna (Hindi Kinakailangan para sa Pagpasok sa Paaralan o Lugar ng Pangangalaga sa Bata)

COVID-19						
Trangkaso (Influenza)						
Hepatitis A						
HPV (Human Papillomavirus)						
MCV/MPSV (Sakit na Meningococcal na uring A, C, W, Y)						
MenB (Sakit na Meningococcal na uri B)						
Rotavirus						

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

If the child named in this 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   |
| <input type="checkbox"/> 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.

**Mga Tagubilin para sa pagkompleto ng Certificate of Immunization Status (CIS, Katibayan ng Katayuan sa Pagbabakuna): I-print mula sa Immunization Information System (IIS) o punan sa pamamagitan ng sulat-kamay.**

**Upang i-print ang sinagutang impormasyon sa pagbabakuna:**

Itanong kung ang tanggapan ng iyong provider sa pangangalagang pangkalusugan ay naglalagay ng mga pagbabakuna sa Immunization Information System ng WA (pang-estadong rehistro ng Washington). Kung ginagawa nila ito, hilingin sa kanila na i-print ang CIS mula sa IIS at ang impormasyon sa pagbabakuna ng iyong anak ay mapupunan ng awtomatiko. Maaari mo ring i-print ang CIS sa iyong tahanan sa pamamagitan ng pag-sign up at pag-log in sa MyIR sa <https://wa.myir.net>. Kung hindi ginagamit ng iyong provider ang IIS, mag-email o tumawag sa Department of Health (Kagawaran ng Kalusugan) para makatanggap ng kopya ng CIS ng iyong anak: [waisrecords@doh.wa.gov](mailto:waisrecords@doh.wa.gov) o 1-866-397-0337.

**Upang sagutan sa pamamagitan ng sulat-kamay:**

1. I-print ang pangalan at petsa ng kapanganakan ng iyong anak, at pirmahan ng iyong pangalan kung saan tinukoy sa unang pahina.
2. Isulat ang petsa ng bawat dosis ng bakuna na natanggap sa mga hanay ng petsa (bilang MM/DD/YY). Kung makatanggap ang iyong anak ng kombinasyon na bakuna (isang bakuna na pumoprotekta laban sa maraming sakit), gamitin ang mga Reference Guide (Patnubay na Sanggunian) sa ibaba upang wastong itala ang bawat bakuna. Bilang halimbawa, itala ang Pediarix sa ilalim ng Dipterya, Tetano, Pertusis bilang DtaP, Hepatitis B bilang Hep B, at Polyo bilang IPV.
3. Kung nagkaroon ang iyong anak ng sakit na chickenpox (varicella) at walang bakuna, dapat beripikahin ng isang provider sa pangangalagang pangkalusugan ang sakit na chickenpox upang matugunan ang mga kahingian ng paaralan.
  - Kung maaaring maberipika ng iyong provider na nagkaroon ng chickenpox ang iyong anak, hilingin sa provider na i-tsek ang kahon sa seksiyon na Documentation of Disease Immunity (Dokumentasyon ng Immunidad sa Sakit) at pirmahan ang form.
  - Kapag tiningnan ng kawani ng paaralan ang IIS at nakita ang beripikasyon na nagkaroon ng chickenpox ang iyong anak, lalagyan nila ng tsek ang kahon sa ilalim ng Varicella sa seksiyon ng bakuna.
4. Kung makakapagpakita ang iyong anak ng positibong immunidad sa pamamagitan ng pagsusuri sa dugo (titer), hilingin sa provider na i-tsek ang mga kahon sa mga angkop na sakit sa Documentation of Disease Immunity, at pirmahan at lagyan ng petsa ang form. Dapat kang magbigay ng mga lab report kasama ng CIS na ito.
5. Magbigay ng mga katibayan ng mga bineripikang medikal na tala, nang sinusunod ang mga patnubay sa ibaba.

**Mga Tinatangap na Medikal na Tala**

Ang lahat ng mga tala sa pagbabakuna ay dapat na medikal na iberipika. Kabilang sa mga halimbawa ang:

- Isang form ng Certificate of Immunization Status (CIS) na may naka-print na mga petsa ng pagbabakuna mula sa Washington State Immunization Information System (IIS), MyIR, o IIS ng ibang estado.
- Isang kinompletong hardcopy ng CIS na may pirma ng pagpapatunay ng isang provider sa pangangalagang pangkalusugan.
- Isang kinompletong hardcopy ng CIS na may nakalakip na mga tala sa pagpapabakuna na na-print mula sa elektronikong talang pangkalusugan ng isang provider ng pangangalagang pangkalusugan na may pirma o tatak ng provider ng pangangalagang pangkalusugan. Dapat na iberipika ng tagapangasiwa, nars, o itinalaga ng paaralan na ang mga petsa sa CIS ay wastong itinala at pirmahan ang form.

**Kondisyonal na Katayuan**

Maaaring pumasok at manatili ang mga bata sa paaralan o sa lugar ng pangangalaga sa bata sa kondisyonal na katayuan kung sila ay humahabol sa mga kinakailangang bakuna para sa pagpasok sa paaralan o lugar ng pangangalaga. (Hiwa-hiwalay ang serye ng mga dosis ng pagbabakuna sa mga minimum na pagitan, kaya naman ang ilang bata ay maaaring kailangang mag-antay ng yugto ng panahon bago matapos ang kanilang mga pagbabakuna. Nangangahulugan itong maaari silang pumasok sa paaralan habang inaantay ang kanilang kasunod na kinakailangang dosis ng bakuna). Upang makapasok sa paaralan o lugar ng pangangalaga sa bata sa kondisyonal na katayuan, ang bata ay dapat na mayroon ng lahat ng dosis ng bakuna na kwalipikado silang matanggap bago simulan ang pagpasok sa paaralan o lugar ng pangangalaga.

Ang mga mag-aaral sa kondisyonal na katayuan ay maaaring manatili sa paaralan habang nag-aantay para sa kanilang minimum na petsa ng pagkakaroon ng bisa ng kanilang susunod na dosis ng bakuna dagdag ang 30 araw na panahon upang isumite ang dokumentasyon ng pagbabakuna. Kung ang mag-aaral ay humahabol sa maraming bakuna, magpapatuloy ang kondisyonal na katayuan sa parehong paraan hanggang ang lahat ng kinakailangang pagbabakuna ay nakompleto.

Kung lumipas ang 30-araw na kondisyonal na panahon at hindi pa rin naibibigay ang dokumentasyon sa paaralan o lugar ng pangangalaga, dapat na ibukod ang mag-aaral mula sa patuloy na pagpasok, alinsunod sa RCW 28A.210.120. Kabilang sa balidong dokumentasyon ang ebidensya ng immunidad sa sakit na pinag-uusapan, mga medikal na tala na nagpapakita ng pagpapabakuna, o isang kinompletong form ng certificate of exemption (COE, pagpapatunay ng eksensiyon).

**Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order**

For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	Tenivac	Td
Bexsero	MenB	FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	DTaP + Hib + IPV	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap	Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV	Twinrix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV	Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	PCV	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Hep B		

If you have a disability and need this document in another format, please call 1-800-525-0127 (TDD/TTY call 711).

DOH 348-013 June 2021