



Certificate of Immunization Status (CIS)

Reviewed by: _____ Date: _____
Signed COE on File? Yes No

कृपया प्रिंट करें। इस फॉर्म को भरने या इसे वॉशिंगटन राज्य Immunization information System से प्रिंट करने के तरीके के बारे में निर्देशों के लिए पीछे देखें।

बच्चे का उपनाम:	नाम:	मध्य प्रथमाक्षर:	जन्मतिथि (MM/DD/YYYY):
<p>मैं अपने बच्चे के स्कूल/चाइल्ड केयर को Immunization Information System (IIS, टीकाकरण जानकारी सिस्टम) में टीकाकरण से जुड़ी जानकारी जोड़ने की अनुमति देता/देती हूँ, ताकि स्कूल को मेरे बच्चे का रिकॉर्ड बनाए रखने में मदद मिलेगी।</p>		<p>सिर्फ सशर्त स्थिति: मैं स्वीकार करता हूँ कि मेरा बच्चा स्कूल/चाइल्ड केयर में सशर्त स्थिति में प्रवेश कर रहा है। मेरे बच्चे के स्कूल में बने रहने के लिए, मुझे तय समय सीमा के भीतर टीकाकरण के आवश्यक दस्तावेज उपलब्ध कराने होंगे। सशर्त स्थिति पर मार्गदर्शन के लिए पीछे देखें।</p>	
<p>X _____ माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर</p>		<p>X _____ सशर्त स्थिति में शुरू होने पर माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर आवश्यक हैं</p>	
दिनांक		दिनांक	

▲ स्कूल के लिए आवश्यक • आवश्यक चाइल्ड केयर/प्रीस्कूल	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY
स्कूल या चाइल्ड केयर में प्रवेश के लिए आवश्यक टीके						
●▲ डिफ्थीरिया, टिटनेस, काली खांसी (DTaP)						
▲ टिटनेस, डिफ्थीरिया, काली खांसी (Tdap) (ग्रेड 7+)						
●▲ टिटनेस, डिफ्थीरिया (DT या Td)						
●▲ हेपेटाइटिस बी (Hepatitis B)						
● हीमोफिलस इंफ्लुएंजा टाइप बी (Hib)						
●▲ पोलियो (IPV) (IPV/OPV का कोई भी कॉम्बिनेशन)						
●▲ पोलियो (OPV)						
●▲ खसरा, गलसुआ, रुबेला (MMR)						
● न्यूमोनोकोकल (PCV/PPSV)						
●▲ वेरिसेला (चिकनपॉक्स) (Varicella (Chickenpox)) <input type="checkbox"/> IIS द्वारा सत्यापित रोग का इतिहास						
सुझाए गए टीके (स्कूल या चाइल्ड केयर में प्रवेश के लिए आवश्यक नहीं)						
COVID-19						
फ्लू (इन्फ्लुएंजा) (Flu (Influenza))						
हेपेटाइटिस ए (Hepatitis A)						
ह्यूमन पैपिलोमावायरस (HPV)						
ए, सी, डब्ल्यू, वाई प्रकारों के मेनिजोकोकल रोग (MCV/MPSV)						
बी प्रकार के मेनिजोकोकल रोग (MenB)						
रोटावायरस (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

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.

Certificate of Immunization Status (CIS) पूरा करने के लिए निर्देश: Immunization Information System (IIS) फ़ॉर्म प्रिंट करें या इसे हाथों से भरें.

भरी गई टीकाकरण की जानकारी के साथ प्रिंट करने के लिए:

पूछें कि क्या आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता का कार्यालय WA Immunization Information System (वाशिंगटन की राज्यव्यापी रजिस्ट्री) में टीकाकरण दर्ज करता है। अगर वे ऐसा करते हैं, तो उन्हें IIS से CIS प्रिंट करने के लिए कहें और आपके बच्चे के टीकाकरण की जानकारी अपने आप भर जाएगी। आप <https://wa.myir.net> पर MyIR में साइन अप और लॉग इन करके घर पर भी CIS प्रिंट कर सकते हैं। अगर आपका प्रदाता IIS का उपयोग नहीं करता है, तो अपने बच्चे के CIS की कॉपी पाने के लिए Department of Health (स्वास्थ्य विभाग) को ईमेल या कॉल करें: waisrecords@doh.wa.gov या 1-866-397-0337.

हाथ से फॉर्म भरने के लिए:

- अपने बच्चे का नाम और जन्मतिथि प्रिंट करें और पेज पर बताई गई जगह पर अपना नाम हस्ताक्षर करें।
- दिनांक कॉलम में प्राप्त हुए हर टीके की खुराक की तिथि लिखें (MM/DD/YY के रूप में)। अगर आपके बच्चे को एक कॉम्बिनेशन टीका (एक टीका जो कई बीमारियों से बचाता है) प्राप्त होता है, तो हर टीके को सही ढंग से रिकॉर्ड करने के लिए नीचे दी गई संदर्भ मार्गदर्शिकाओं का उपयोग करें। उदाहरण के लिए, पीडियाट्रिक्स को डिफ्थीरिया, टिटनेस, काली खांसी के तहत DTaP, हेपेटाइटिस बी को हेप बी और पोलियो को IPV के रूप में रिकॉर्ड करें।
- अगर आपके बच्चे को चिकनपॉक्स (वैरीसेला) रोग हुआ था और टीका नहीं लगा था, तो स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को स्कूल की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए चिकनपॉक्स रोग की पुष्टि करनी चाहिए।
 - * अगर आपका स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता यह सत्यापित कर सकता है कि आपके बच्चे को चिकनपॉक्स हुआ था, तो अपने प्रदाता से रोग प्रतिरक्षण अनुभाग के दस्तावेज़ीकरण अनुभाग में बॉक्स को चेक करने और फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करने के लिए कहें।
 - * यदि स्कूल के कर्मचारी IIS एक्सेस करते हैं और यह सत्यापन देखते हैं कि आपके बच्चे को चिकनपॉक्स हुआ था, तो वे टीके अनुभाग में वैरीसेला के तहत बॉक्स को चेक करेंगे।
- अगर आपका बच्चा रक्त परीक्षण (टिटर) द्वारा सकारात्मक प्रतिरक्षा दिखा सकता है, तो अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से रोग प्रतिरोधक क्षमता के दस्तावेज़ीकरण अनुभाग में उपयुक्त बीमारी के लिए बक्से पर सही का निशान लगाने और फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करने और तारीख डालने के लिए कहें। आपको इस CIS के साथ प्रयोगशाला रिपोर्ट प्रदान करनी होगी।
- नीचे दिए गए दिशानिर्देशों का पालन करते हुए चिकित्सकीय रूप से सत्यापित रिकॉर्ड का प्रमाण प्रदान करें।

स्वीकार्य चिकित्सा रिकॉर्ड

सभी टीकाकरण रिकॉर्ड चिकित्सकीय रूप से सत्यापित होने चाहिए। उदाहरणों में शामिल हैं:

- एक Certificate of Immunization Status (CIS, टीकाकरण स्थिति का प्रमाणपत्र) फ़ॉर्म, जिसे वाशिंगटन राज्य टीकाकरण जानकारी सिस्टम (IIS), MyIR या अन्य राज्य के IIS से टीकाकरण की दिनांक के साथ प्रिंट किया गया हो।
- स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के सत्यापन हस्ताक्षर के साथ एक पूरी हार्डकॉपी CIS।
- एक पूरी हार्डकॉपी CIS, जिसके साथ स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के हस्ताक्षर या मुहर के साथ उसके इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड से प्रिंट किया गया टीकाकरण रिकॉर्ड अटैच किया गया हो। स्कूल प्रशासक, नर्स, या नामिती को यह सत्यापित करना चाहिए कि CIS पर तारीखों को सही ढंग से ट्रांसक्राइब किया गया है और फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करने चाहिए।

सशर्त स्थिति

बच्चे सशर्त स्थिति में स्कूल या चाइल्ड केयर में प्रवेश कर सकते हैं और रह सकते हैं, यदि वे स्कूल या चाइल्ड केयर एंट्री के लिए आवश्यक टीकों को लगवा रहे हैं। (टीका सीरीज़ की खुराक न्यूनतम अंतराल के बीच फैली हुई है, इसलिए कुछ बच्चों को अपना टीकाकरण पूरा करने से पहले कुछ समय तक इंतज़ार करना पड़ सकता है। इसका मतलब है कि वे अपनी अगली आवश्यक वैक्सीन खुराक का इंतज़ार करते हुए स्कूल में प्रवेश कर सकते हैं)। सशर्त स्थिति में स्कूल या चाइल्ड केयर में प्रवेश करने के लिए, बच्चे को स्कूल या चाइल्ड केयर शुरू करने से पहले उन सभी टीके की खुराक मिली होनी चाहिए जिन्हें वे प्राप्त करने के योग्य हैं।

सशर्त स्थिति में छात्र अगली वैक्सीन खुराक की न्यूनतम वैध तिथि की प्रतीक्षा करते हुए और साथ ही टीकाकरण के दस्तावेज़ को सबमिट करने के लिए 30 दिनों के समय स्कूल में रह सकते हैं। अगर कोई छात्र बाकी रह गए कई टीके ले रहा है, तो सशर्त स्थिति समान तरीके से तब तक जारी रहती है जब तक कि सभी आवश्यक टीके पूरे नहीं हो जाते।

अगर 30 दिन की सशर्त अवधि समाप्त हो जाती है और स्कूल या चाइल्ड केयर को दस्तावेज़ीकरण नहीं दिया गया है, तो RCW 28A.210.120 के अनुसार, छात्र को आगे की उपस्थिति से बाहर रखा जाना चाहिए। मान्य दस्तावेज़ीकरण में विचाराधीन रोग के प्रति प्रतिरोधकता का प्रमाण, टीकाकरण दिखाने वाले मेडिकल रिकॉर्ड या एक पूरा भरा हुआ Certificate Of Exemption (COE, छूट का प्रमाण पत्र) फ़ॉर्म शामिल हैं।

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		

अगर आप किसी तरह से अक्षम हैं और आपको यह दस्तावेज़ किसी और प्रारूप में चाहिए, तो कृपया 1-800-525-0127 (TDD/TTY कॉल करें 711) पर कॉल करें।

DOH 348-013 June 2021 Hindi