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 *Apellido del/de la menor*	First name *Primer Nombre*	Middle name *Segundo Nombre*	Birth date *Fecha de Nacimiento*
Parents' or Guardians' names *Nombre de los padres o tutores*		Phone number *Número de Teléfono*	

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

Vaccines / Vacunas	**Dose 1** ***Dosis 1***	**Dose 2** ***Dosis 2***	**Dose 3** ***Dosis 3***	**Dose 4** ***Dosis 4***	**Dose 5** ***Dosis 5***
Diphtheria/Tetanus/Pertussis *Difteria/tétanos/tos ferina* (DTaP)					
(Tdap)					
Polio (IPV or OPV)					
Varicella (Chickenpox) *Varicela*					
Measles/Mumps/Rubella (MMR) *Sarampión/paperas/rubéola*					
Hepatitis B (Hep B)					
Hepatitis A (Hep A)					
Haemophilus Influenzae Type B *Tipo B (Hib)*					

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

UpdateSignature
Acualizar la firma
Date
Fecha

**Parent, guardian, child at least 15 years of age, medical provider or county health department staff person may sign to verify vaccinations received.*
**El padre, la madre, el tutor, 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 *Apellido del/de la menor*	First name *Primer Nombre*	Middle name *Segundo Nombre*	Birth date *Fecha de Nacimiento*

Other vaccine received
Otras vacunas recibidas

Vaccine name ***Nombre de la vacuna***	**Date** ***Fecha***

Medical exemptions and immunity documentation

Documentación para exenciones médicas y documentación de inmunidad.

A medical exemption requires a form completed and signed by a licensed physician or local health department. The form must be submitted to your child's school or child care. Immunity documentation requires a proof from a blood test or documentation from a health care practitioner or local health department. For more information, go to www.healthoregon.org/medicalexemptions

Una exención médica, requiere un formulario completado y firmado por un médico u departamento de salud local. El formulario debe entregarse a la escuela o guardería de su hijo. La documentación de inmunidad requiere un comprobante por análisis de sangre o documentación de un médico u del departamento de salud local. Para más información, visite www.healthoregon.org/medicalexemptions

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, submit the Oregon Medical Exemption Form signed by your child's physician to the school or child care.

Immunity documentation requires a proof of disease from a blood test or documentation from a health care practitioner or local health department. Submit this documentation 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 tutores. 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 tutor, 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.

Para una exención médica presente el formulario de Exención Médica de Oregon firmado por el doctor de su hijo(a) o el departamento de salud local a la escuela o cuidado infantil.

La documentación de inmunidad requiere un comprobante de enfermedad por análisis de sangre o documentación de un médico u del departamento de salud local. Entregue la documentación a la escuela o guardería.

OREGON HEALTH AUTHORITY
PUBLIC HEALTH DIVISION
Oregon Immunization Program

53-05A (04/2025)