



Certificate of Immunization Status (CIS)

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

Vui lòng viết in hoa. Xem mặt sau để được hướng dẫn về cách điền biểu mẫu này hoặc cách in biểu mẫu từ Washington State Immunization Information System (IIS, Hệ Thống Thông Tin Chủng Ngừa của Tiểu Bang)

Họ của Trẻ:	Tên:	Chữ Đầu Tên Đệm:	Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm) :
Tôi cho phép trường/cơ sở chăm sóc trẻ của con em tôi bổ sung thông tin chủng ngừa vào Immunization Information System để giúp nhà trường lưu trữ hồ sơ của con em tôi.		Chỉ Dành Cho Điện Nhập Học Kèm Điều Kiện: Tôi xác nhận rằng con em tôi đang theo học tại trường/cơ sở chăm sóc trẻ với điện nhập học kèm điều kiện. Để con em tôi được tiếp tục đi học, tôi phải cung cấp các tài liệu bắt buộc về chủng ngừa trước hạn chót theo quy định. Xem mặt sau để được hướng dẫn về điện nhập học kèm điều kiện.	
X _____ Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ		X _____ Bắt buộc phải có Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ nếu Bắt Đầu Đi Học với Điện Nhập Học Kèm Điều Kiện	
Ngày		Ngày	

<input type="checkbox"/> Bắt Buộc Để Đến Trường	Tháng/Ngày/Năm	Tháng/Ngày/Năm	Tháng/Ngày/Năm	Tháng/Ngày/Năm	Tháng/Ngày/Năm	Tháng/Ngày/Năm
<input type="checkbox"/> Bắt Buộc Để Đến Cơ Sở Chăm Sóc Trẻ/Trường Mầm Non						
Các Vắc-xin Bắt Buộc Để Nhập Học Vào Trường hoặc Cơ Sở Chăm Sóc Trẻ						
•▲ DTaP (Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà)						
▲ Tdap (Uốn ván, Bạch hầu, Ho gà) (lớp 7 trở lên)						
•▲ DT hoặc Td (Uốn ván, Bạch hầu)						
•▲ Hepatitis B (Viêm gan B)						
• Hib (Viêm màng não loại b)						
•▲ IPV (Bại liệt) (bất kỳ kết hợp nào của IPV/OPV)						
•▲ OPV (Bại liệt)						
•▲ MMR (Sởi, Quai bị, Rubella)						
• PCV/PPSV (Phế cầu khuẩn)						
•▲ Varicella (Thủy đậu)						
<input type="checkbox"/> Tiền sử bệnh được xác minh bởi IIS						
Các Vắc-xin Được Khuyến Nghị (Không Bắt Buộc Để Nhập Học Vào Trường hoặc Cơ Sở Chăm Sóc Trẻ)						
COVID-19						
Cúm (Influenza)						
Hepatitis A (Viêm gan A)						
HPV (Vi-rút gây u nhú ở người)						
MCV/MPSV (Bệnh viêm màng não mô cầu loại A, C, W, Y)						
MenB (Bệnh viêm màng não mô cầu loại B)						
Rotavirus (Vi-rút Rota)						

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.

Hướng dẫn hoàn thành Certificate of Immunization Status (CIS, Giấy Chứng Nhận Tình Trạng Chủng Ngừa): In biểu mẫu từ Immunization Information System (IIS) hoặc điền biểu mẫu bằng tay.

Điền biểu mẫu có các thông tin chủng ngừa đã được điền:

Hỏi liệu văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị đã nhập thông tin chủng ngừa vào WA Immunization Information System (cơ quan đăng ký toàn tiểu bang Washington) hay chưa. Nếu họ đã nhập thông tin, hãy yêu cầu họ in CIS từ IIS và thông tin chủng ngừa của con em quý vị sẽ được điền tự động. Quý vị cũng có thể in CIS tại nhà bằng cách đăng ký và đăng nhập vào MyIR tại <https://wa.myir.net>. Nếu nhà cung cấp của quý vị không sử dụng IIS, hãy gửi email đến waisrecords@doh.wa.gov hoặc gọi cho Department of Health (Sở Y Tế) theo số 1-866-397-0337 để nhận bản sao CIS của con em quý vị.

Điền biểu mẫu bằng tay:

- Viết in hoa tên và ngày sinh của con em quý vị, sau đó ký tên của quý vị vào nơi được chỉ định ở trang 1.
- Viết ngày của mỗi liều vắc-xin đã tiêm vào các cột date (ngày) (dưới dạng Tháng/Ngày/Năm). Nếu con em quý vị được tiêm một loại vắc-xin kết hợp (một mũi tiêm bảo vệ chống lại nhiều bệnh), hãy sử dụng Reference Guides (Hướng Dẫn Tham Khảo) dưới đây để ghi lại từng loại vắc-xin một cách chính xác. Ví dụ, ghi Pediarix dưới Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà là DTaP, Viêm gan B là Hep B, và Bại liệt là IPV.
- Nếu con em quý vị đã bị bệnh thủy đậu (varicella) và chưa tiêm vắc-xin thủy đậu, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phải đưa ra xác nhận về bệnh thủy đậu để đáp ứng yêu cầu của trường.
 - Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể xác nhận rằng con em quý vị đã bị thủy đậu, hãy yêu cầu nhà cung cấp của quý vị đánh dấu vào ô trong phần Documentation of Disease Immunity (Tài Liệu về Khả Năng Miễn Dịch) và ký tên vào biểu mẫu.
 - Nếu nhân viên nhà trường truy cập vào IIS và thấy có xác nhận về việc con em quý vị đã bị thủy đậu, họ sẽ đánh dấu vào ô dưới chữ Varicella trong mục vắc-xin.
- Nếu con em quý vị có thể cho thấy khả năng miễn dịch dương tính thông qua xét nghiệm máu (hiệu giá), hãy yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị đánh dấu vào các ô bệnh thích hợp trong phần Documentation of Disease Immunity, đồng thời ký tên và ghi ngày vào biểu mẫu. Quý vị phải cung cấp các báo cáo xét nghiệm cùng với CIS này.
- Cung cấp bằng chứng của các hồ sơ đã được xác nhận y tế theo hướng dẫn dưới đây.

Các Hồ Sơ Y Tế Được Chấp Nhận

Tất cả các hồ sơ tiêm vắc-xin phải được xác nhận y tế. Các ví dụ bao gồm:

- Biểu mẫu Certificate of Immunization Status (CIS) được in cùng với ngày tiêm vắc-xin từ Washington State Immunization Information System (IIS), MyIR, hoặc IIS của một tiểu bang khác.
- Bản sao CIS trên giấy có đầy đủ thông tin với chữ ký xác nhận của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Bản sao CIS trên giấy có đầy đủ thông tin cùng với các hồ sơ tiêm vắc-xin đính kèm được in từ hồ sơ y tế điện tử của một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, có chữ ký hoặc con dấu của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Cán bộ quản lý nhà trường, y tá hoặc người được chỉ định phải xác nhận rằng ngày trên CIS đã được sao chép chính xác, đồng thời ký tên vào biểu mẫu.

Diện Nhập Học Kèm Điều Kiện

Trẻ có thể nhập học và ở lại trường hoặc cơ sở chăm sóc trẻ theo diện nhập học kèm điều kiện nếu các em đang chờ tiêm những loại vắc-xin bắt buộc để nhập học vào trường hoặc cơ sở chăm sóc trẻ. (Các liều vắc-xin được tiêm trong những quãng thời gian cách nhau tối thiểu, vì vậy một số trẻ có thể phải đợi một thời gian để hoàn thành việc tiêm vắc-xin của mình. Điều này có nghĩa là các em có thể nhập học trong khi chờ tiêm liều vắc-xin bắt buộc tiếp theo). Để nhập học vào trường hoặc cơ sở chăm sóc trẻ theo diện nhập học kèm điều kiện, trẻ phải được tiêm tất cả các liều vắc-xin mà em hội đủ điều kiện nhận trước khi bắt đầu đi học tại trường hoặc các cơ sở chăm sóc trẻ.

Học sinh trong diện nhập học kèm điều kiện có thể ở lại trường trong thời gian chờ đến ngày tiêm vắc-xin hợp lệ tối thiểu cho liều vắc-xin tiếp theo, cộng với 30 ngày để cung cấp tài liệu tiêm vắc-xin. Nếu học sinh đang chờ tiêm nhiều loại vắc-xin, diện nhập học kèm điều kiện vẫn sẽ giữ nguyên theo cách thức tương tự cho đến khi học sinh hoàn thành việc tiêm chủng tất cả các vắc-xin bắt buộc.

Theo Revised Code of Washington (RCW, Bộ Luật Sửa Đổi của Washington) 28A.210.120, nếu thời hạn nhập học kèm điều kiện 30 ngày đã qua và tài liệu không được cung cấp cho trường hoặc cơ sở chăm sóc trẻ, thì học sinh sẽ không được tham dự các buổi học tiếp theo. Tài liệu hợp lệ bao gồm bằng chứng về khả năng miễn dịch với bệnh đang có nghi ngờ, các hồ sơ y tế chứng nhận đã tiêm vắc-xin hoặc certificate of exemption (COE, biểu mẫu chứng nhận miễn trừ) có đầy đủ thông tin.

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