



Oregon Certificate of Immunization Status

Certificado de estado de imunização do Oregon

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.

A legislação do Oregon requer prova de imunização ou isenção assinada antes de uma criança frequentar uma escola, uma pré-escola, uma creche ou cuidados ao domicílio. Estas informações estão a ser recolhidas em nome da Autoridade de Saúde do Oregon e podem ser divulgadas à mesma ou ao departamento de saúde pública local pela escola ou creche mediante solicitação da Autoridade.

Child's last name <i>Apelido da criança</i>	First name <i>Nome</i>	Middle name <i>Nome do meio</i>	Birth date <i>Data de nascimento</i>
Parents' or Guardians' names <i>Nomes dos pais ou tutores</i>		Phone number <i>Número de telefone</i>	

Write the dates the child received the vaccines
Escreva as datas em que a criança recebeu as vacinas

Vaccines / Vacinas	Dose 1 Dose 1	Dose 2 Dose 2	Dose 3 Dose 3	Dose 4 Dose 4	Dose 5 Dose 5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis <i>Difteria/tétano/tosse convulsa (DTaP)</i>					
(Tdap)					
Polio (IPV) <i>Poliomielite (IPV)</i>					
Varicella (Chickenpox) <i>Varicela</i>			<input type="checkbox"/> Check if child had chickenpox disease <i>Assinale se a criança teve varicela</i> Date / Data		
Measles/Mumps/Rubella (MMR) <i>Sarampo/papeira/rubéola (SPR)</i>					
Hepatitis B (Hep B) <i>Hepatite B (Hep B)</i>					
Hepatitis A (Hep A) <i>Hepatite A (Hep A)</i>					
Haemophilus Influenzae Type B <i>Haemophilus Influenzae tipo B</i>					

I certify that the information on the form is an accurate record of this child's immunizations.
Certifico que as informações constantes no formulário são um registo preciso das imunizações desta criança.

Signature* <i>Assinatura*</i>	X	Date <i>Data</i>	
Update signature <i>Atualizar assinatura</i>	X	Date <i>Data</i>	

* Parent, guardian, student at least 15 years of age, medical provider or county health department staff person may sign to verify vaccinations.

** Podem assinar para verificar as vacinas pais, tutores, estudantes com pelo menos 15 anos e médico ou colaborador do departamento de saúde do condado.*

Child's last name <i>Apelido da criança</i>	First name <i>Nome</i>	Middle name <i>Nome do meio</i>	Birth date <i>Data de nascimento</i>
--	---------------------------	------------------------------------	---

Other vaccines received <i>Outras vacinas recebidas</i>		Medical exemptions and immunity documentation <i>Isenções médicas e documentação de imunidade</i>
Vaccine name <i>Nome da vacina</i>	Date <i>Data</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>As isenções médicas e a documentação de imunidade requerem uma carta assinada por um médico licenciado enviada à escola ou creche do(a) seu(sua) filho(a). Para conhecer os requisitos, aceda a www.healthoregon.org/medicalexemptions</i>

Nonmedical exemption / Isenção não 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

Recebi informações sobre os benefícios e os riscos das imunizações. Compreendo que o(a) meu(minha) filho(a) pode ser excluído(a) da escola ou da creche se houver um caso de uma doença que possa ser prevenida por vacina.

Anexei o documento necessário (assinale uma opção):

- Do módulo de vacina aprovado pela Autoridade de Saúde do Oregon*
- De um profissional de saúde*

I request that my child be exempted from the following required immunizations (check all that apply):

Solicito que o(a) meu(minha) filho(a) seja isentado(a) das seguintes imunizações obrigatórias (assinale todos os casos que se aplicam):

- Diphtheria/Tetanus/Pertussis / Difteria/tétano/tosse convulsa*
- Polio / Poliomielite*
- Measles/Mumps/Rubella / Sarampo/papeira/rubéola*
- Hepatitis A / Hepatite A*
- Varicella / Varicela*
- Hepatitis B / Hepatite B*
- Hib / Hib*

Optional / Opcional

Immunizations are being declined because of:

As imunizações estão a ser recusadas por causa de:

- Religious belief / Crença religiosa*
- Philosophical belief / Crença filosófica*
- Other / Outra*

Signature <i>Assinatura</i>	X	Date <i>Data</i>	
--------------------------------	---	---------------------	--

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 (Front):

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.**

Recommended vaccines (Back):

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 or proof of immunity, submit a letter from your child's physician to the school or child care.

Instruções para preencher o Certificado de estado de imunização

Informação de contacto:

Preencha as informações do(a) seu(sua) filho(a), incluindo nome completo, data de nascimento, morada de correspondência atual, nome dos pais ou tutores e número de telefone. Esta informação será usada para contactá-lo se houver dúvidas sobre o historial de imunização do(a) seu(sua) filho(a).

Vacinas necessárias (frente):

Preencha o mês/dia/ano em que o(a) seu(sua) filho(a) recebeu cada dose de vacina. As doses têm de ser enumeradas pela ordem recebida. Consulte a escola ou creche do(a) seu(sua) filho(a) para saber que vacinas são obrigatórias em função da idade ou nível escolar do(a) seu(sua) filho(a).

Assinatura:

A assinatura dos pais ou tutor é uma declaração juramentada de que o registo da criança é preciso. A assinatura de um médico ou departamento de saúde local não é necessária, mas é aceitável. As pessoas com 15 anos ou mais podem assinar os seus próprios registos. **Sempre que adicionar informações sobre o(a) seu(sua) filho(a), terá de cancelar o formulário.**

Vacinas recomendadas (verso):

Para qualquer vacina não enumerada na frente, preencha o mês/dia/ano em que o(a) seu(sua) filho(a) recebeu cada dose de vacina.

Isenções:

O Oregon permite isenções médicas e não médicas.

Para uma isenção não médica, assinale a caixa apropriada e envie um dos seguintes documentos obrigatórios:

1. Um certificado assinado por um profissional de saúde a confirmar a discussão sobre os benefícios e os riscos da imunização ou
2. Um certificado de conclusão do módulo educacional sobre vacinas relativo aos benefícios e aos riscos da imunização.

Indique as vacinas das quais está a isentar o(a) seu(sua) filho(a) assinalando as caixas. Assine e coloque a data na linha indicada.

Para uma isenção médica ou prova de imunidade, envie uma carta do médico do(a) seu(sua) filho(a) para a escola ou creche.

Oregon
Health
Authority

PUBLIC HEALTH DIVISION
Oregon Immunization Program

DIVISÃO DE SAÚDE PÚBLICA
Programa de Imunização do Oregon [Oregon Immunization Program]