



## Oregon Certificate of Immunization Status Certificado de Imunização do Estado 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 exige comprovante de imunização ou isenção assinado antes de a criança frequentar a escola, pré-escola, creche ou creche domiciliar. Essas informações estão sendo coletadas em nome da Autoridade de Saúde do Oregon e podem ser divulgadas à Autoridade ou ao departamento de saúde pública local pela escola ou unidade infantil mediante solicitação da Autoridade.*

Child's last name <i>Sobrenome da criança</i>	First name <i>Primeiro 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 responsáveis legais</i>		Phone number <i>Telefone</i>	

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

Vaccines / Vacinas	Dose 1 <i>Dose 1</i>	Dose 2 <i>Dose 2</i>	Dose 3 <i>Dose 3</i>	Dose 4 <i>Dose 4</i>	Dose 5 <i>Dose 5</i>
Diphtheria/Tetanus/Pertussis <i>Difteria/Tétano/Coqueluche</i> (DTaP)					
(Tdap)					
Poliomielite (VIP ou VOP)					
Varicella (Chickenpox) <i>Varicela (catapora)</i>					
Measles/Mumps/Rubella (MMR) <i>Sarampo/Caxumba/Rubéola (SCR)</i>					
Hepatite B (Hep B)					
Hepatite A (Hep A)					
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.  
*Declaro que as informações neste formulário representam um registro verídico das imunizações desta criança.*

Signature\*  
*Assinatura\**

Date  
*Data*

UpdateSignature  
*Atualizar assinatura*

Date  
*Data*

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

\*Um dos pais, responsável legal, criança com pelo menos 15 anos de idade, profissional de saúde ou funcionário do departamento de saúde local pode assinar para confirmar as vacinas recebidas.

Child's last name <i>Sobrenome da criança</i>	First name <i>Primeiro nome</i>	Middle name <i>Nome do meio</i>	Birth date <i>Data de nascimento</i>
<b>Other vaccine received <i>Outras vacinas recebidas</i></b>		<b>Medical exemptions and immunity documentation <i>Isenções médicas e documentação de imunização</i></b>	
Vaccine name <i>Nome da vacina</i>	Date <i>Data</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

*Eu recebi informações sobre os benefícios e riscos das imunizações. Eu estou ciente de que meu filho/minha filha pode ser excluído(a) da escola ou da creche se houver um caso de doença que pode ser prevenida por vacina. Eu anexei o documento obrigatório de (marque uma opção):*

*O módulo de vacinas aprovado pela Autoridade de Saúde do Oregon*

*Um profissional de saúde*

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

*Solicito que meu filho/minha filha seja isento(a) das seguintes imunizações obrigatórias (marque todas as que se aplicam):*

Diphtheria/Tetanus/Pertussis / *Difteria/tétano/coqueluche*

Poliomielite

Varicella / *Varicela*

Measles/Mumps/Rubella / *Sarampo/caxumba/rubéola*

Hepatite B

Hepatite A

Hib

Optional / *Opcional*

Immunizations are being declined because of:

*Se están rechazando las vacunas debido a lo siguiente:*

Religious belief / *Crença religiosa*

Philosophical belief / *Crença filosófica*

Other / *Outros*

Signature\*  
*Assinatura\**

Date  
*Data*

## 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.

# Instruções para preenchimento do Certificado de Imunização

---

## **Informações de contato:**

Preencha as informações sobre seu filho/sua filha, incluindo nome completo, data de nascimento, endereço postal atual, nomes dos pais ou responsáveis legais e número de telefone. Essas informações serão usadas para entrar em contato com você caso haja dúvidas sobre o histórico de imunização de seu filho/sua filha.

---

## **Vacinas obrigatórias (primeira página):**

Preencha o mês/dia/ano em que seu filho/sua filha tomou cada dose da vacina. As doses devem ser listadas na ordem em que foram tomadas. Verifique com a escola ou creche da criança para descobrir quais vacinas são obrigatórias para a idade ou série de seu filho/sua filha.

---

## **Assinatura:**

A assinatura do pai ou responsável legal é uma declaração juramentada de que o registro da criança é verídico. A assinatura de um médico ou do departamento de saúde local não é obrigatória, mas é aceitável. Pessoas com 15 anos ou mais podem assinar seus próprios formulários. **Toda vez que você adicionar informações sobre seu filho/sua filha, será necessário assinar o formulário novamente.**

---

## **Outras vacinas tomadas (segunda página):**

Para qualquer vacina que não esteja listada na página da frente, preencha com o mês/dia/ano em que seu filho/sua filha recebeu cada dose da vacina.

---

## **Isenções:**

O estado de Oregon permite isenção médica e não médica.

No caso de isenção não médica, marque a caixa apropriada e envie um dos seguintes documentos exigidos:

1. Um certificado assinado por um profissional de saúde atestando que houve esclarecimento sobre os benefícios e riscos da imunização, ou
2. Um certificado de conclusão do módulo educativo sobre os benefícios e riscos da imunização.

Indique de quais vacinas você está isentando seu filho/sua filha marcando as caixas correspondentes. Assine e coloque a data na linha indicada.

No caso de uma isenção médica, envie o Formulário de Isenção Médica do estado do Oregon, assinado pelo médico de seu filho/sua filha, para a escola ou creche.

A documentação de imunização exige uma comprovação da doença por meio de exame de sangue ou documentação de um profissional de saúde ou departamento de saúde local. Envie esta documentação para a escola ou creche.