



Certificate of Immunization Status (CIS)

For Kindergarten-12th Grade / Child Care Entry

Office Use Only:

Reviewed by: _____ Date: _____

Signed Cert. of Exemption on file? Yes No

Please print. See back for instructions on how to fill out this form or get it printed from the Washington Immunization Information System.

Child's Last Name:	First Name:	Middle Initial:	Birthdate (MM/DD/YY):	Sex:
_____	_____	_____	_____	_____

I give permission to my child's school to share immunization information with the Immunization Information System to help the school maintain my child's school record.



Parent/Guardian Signature Required **Date**

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.



Parent/Guardian Signature Required **Date**

◆ Required for School and Child Care/Preschool

● Required Only for Child Care/Preschool

Date **Date** **Date** **Date** **Date** **Date**
 MM/DD/YY MM/DD/YY MM/DD/YY MM/DD/YY MM/DD/YY MM/DD/YY

Required Vaccines for School or Child Care Entry

◆ DTaP / DT (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)						
◆ Tdap (Tetanus, Diphtheria, Pertussis)						
◆ Td (Tetanus, Diphtheria)						
◆ Hepatitis B <input type="checkbox"/> 2-dose schedule used between ages 11-15						
● Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> type b)						
◆ IPV / OPV (Polio)						
◆ MMR (Measles, Mumps, Rubella)						
● PCV / PPSV (Pneumococcal)						
◆ Varicella (Chickenpox) <input type="checkbox"/> History of disease verified by IIS						

Recommended Vaccines (Not Required for School or Child Care Entry)

Flu (Influenza)						
Hepatitis A						
HPV (Human Papillomavirus)						
MCV / MPSV (Meningococcal)						
MenB (Meningococcal)						
Rotavirus						

Documentation of Disease Immunity

Healthcare provider use only

If the child named in this CIS has a history of Varicella (Chickenpox) or can show immunity by blood test (titer) it MUST be verified by a healthcare provider

I certify that the child named on this CIS has:

- a verified history of Varicella (Chickenpox).
- laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below. **Lab report(s) for titers MUST also be attached.**

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Polio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Rubella | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> Tetanus | |
| <input type="checkbox"/> Measles | <input type="checkbox"/> Varicella | |

 Licensed healthcare provider signature **Date**
 (MD, DO, ND, PA, ARNP)

 Printed Name

Instructions for completing the Certificate of Immunization Status (CIS): printing it from the Immunization Information System (IIS) or filling it in by hand.

To print with immunization information filled in: Ask if your healthcare provider's office enters immunizations into the WA Immunization Information System (Washington's statewide database). If they do, ask them to print the CIS from the IIS and your child's immunization information will fill in automatically. You can also print a CIS at home by signing up and logging into MyIR at <https://wa.myir.net>. **If your provider doesn't use the IIS, email or call the Department of Health to get a copy of your child's CIS: waisrecords@doh.wa.gov or 1-866-397-0337.**

To fill out the form by hand:

#1 Print your child's name, birthdate, sex, and sign your name where indicated on page one.

#2 Vaccine information: Write the date of each vaccine dose received in the date columns (as MM/DD/YY). If your child receives a combination vaccine (one shot that protects against several diseases), use the Reference Guides below to record each vaccine correctly. For example, record Pediarix under Diphtheria, Tetanus, Pertussis as **DTaP**, Hepatitis B as **Hep B**, and Polio as **IPV**.

#3 History of Varicella Disease: If your child had chickenpox (varicella) disease and not the vaccine, **a health care provider must verify chickenpox disease to meet school requirements.**

- If your healthcare provider can verify that your child had chickenpox, ask your provider to check the box in the Documentation of Disease Immunity section and sign the form.
- If school staff access the IIS and see verification that your child had chickenpox, they will check the box under Varicella in the vaccines section.

#4 Documentation of Disease Immunity: If your child can show positive immunity by blood test (titer) and has not had the vaccine, have your healthcare provider check the boxes for the appropriate disease in the Documentation of Disease Immunity box, and sign and date the form. **You must provide lab reports with this CIS.**

Reference guide for vaccine abbreviations in alphabetical order

For updated list, visit <https://fortress.wa.gov/doh/cpir/iweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf>

Abbreviations	Full Vaccine Name	Abbreviations	Full Vaccine Name	Abbreviations	Full Vaccine Name	Abbreviations	Full Vaccine Name	Abbreviations	Full Vaccine Name
DT	Diphtheria, Tetanus	Hep A	Hepatitis A	MCV / MCV4	Meningococcal Conjugate Vaccine	OPV	Oral Poliovirus Vaccine	Tdap	Tetanus, Diphtheria, acellular Pertussis
DTaP	Diphtheria, Tetanus, acellular Pertussis	Hep B	Hepatitis B	MenB	Meningococcal B	PCV / PCV7 / PCV13	Pneumococcal Conjugate Vaccine	VAR / VZV	Varicella
DTP	Diphtheria, Tetanus, Pertussis	Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> type b	MPSV / MPSV4	Meningococcal Polysaccharide Vaccine	PPSV / PPV23	Pneumococcal Polysaccharide Vaccine		
Flu (IIV)	Influenza	HPV (2vHPV / 4vHPV / 9vHPV)	Human Papillomavirus	MMR	Measles, Mumps, Rubella	Rota (RV1 / RV5)	Rotavirus		
HBIG	Hepatitis B Immune Globulin	IPV	Inactivated Poliovirus Vaccine	MMRV	Measles, Mumps, Rubella with Varicella	Td	Tetanus, Diphtheria		

Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order

For updated list, visit <https://fortress.wa.gov/doh/cpir/iweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf>

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 (RV5)
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		



Certificate of Immunization Status (CIS, Прививочный сертификат)

Для поступления в детский сад, 12-я группа / Детское учреждение

Распечатайте документ. Ознакомьтесь с инструкциями о заполнении данной формы на оборотной стороне или распечатайте форму из информационно-справочной системы по вакцинации штата Вашингтон.

Office Use Only:

Reviewed by: _____ Date: _____

Signed Cert. of Exemption on file? Yes No

Фамилия ребенка: _____ Имя: _____ Первая буква второго имени: _____ Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ): _____ Пол: _____

Я разрешаю школе, в которой обучается мой ребенок, предоставлять информацию о проведенной ему/ей вакцинации в информационно-справочную систему по вакцинации для целей ведения школьного делопроизводства в отношении моего ребенка.

➔
Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____

Я подтверждаю, что представленная в настоящей форме информация является точной и достоверной.

➔
Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____

- ◆ Необходимо для поступления в школу, детский сад/детское дошкольное учреждение
- Требуется только в детском саду/детском дошкольном учреждении

Дата Дата Дата Дата Дата Дата

ДД/ММ/ГГГГ ДД/ММ/ГГГГ ДД/ММ/ГГГГ ДД/ММ/ГГГГ ДД/ММ/ГГГГ ДД/ММ/ГГГГ

Прививки, которые требуются для поступления в школу или детский сад

◆ DtaP / DT (дифтерия, столбняк, коклюш)						
◆ Tdap (столбняк, дифтерия, коклюш)						
◆ Td (столбняк, дифтерия)						
◆ Гепатит В <input type="checkbox"/> График вакцинации с двухразовым режимом введения вакцины в возрасте от 11 до 15 лет						
● Hib-вакцина (вакцина против гемофильной палочки типа b)						
◆ IPV / OPV (полиомиелит)						
◆ MMR (корь, краснуха, паротит)						
● PCV / PPSV (пневмококковая инфекция)						
◆ Ветряная оспа (ветрянка) <input type="checkbox"/> Анамнез заболевания, подтвержденный IIS						

Рекомендуемые прививки (не требуются для поступления в школу или детский сад)

Грипп						
Гепатит А						
ВПЧ (вирус папилломы человека)						
MCV / MPSV (менингококковая инфекция)						
MenB (менингококковая инфекция)						
Ротавирусная инфекция						

Подтверждение наличия иммунитета к заболеванию

Исключительно для использования врачом

Наличие у ребенка, указанного в настоящем CIS, в анамнезе ветряной оспы (ветрянки) или иммунитета (титр антител) по результатам анализов крови ДОЛЖНО быть подтверждено медицинским учреждением

Подтверждаю наличие у ребенка, указанного в настоящем CIS:

- подтвержденной ветряной оспы в анамнезе;
- подтвержденного результатами лабораторных исследований иммунитета (титр антител) к указанному (-ым) ниже заболеванию (-ям).
НЕОБХОДИМО также приложить результат(-ы) лабораторных анализов на титры антител.

<input type="checkbox"/> Дифтерия	<input type="checkbox"/> Свинка	<input type="checkbox"/> Другое: _____
<input type="checkbox"/> Гепатит А	<input type="checkbox"/> Полиомиелит	_____
<input type="checkbox"/> Гепатит В	<input type="checkbox"/> Краснуха	_____
<input type="checkbox"/> Hib (гемофильная инфекция типа В)	<input type="checkbox"/> Столбняк	
<input type="checkbox"/> Корь	<input type="checkbox"/> Ветряная оспа	

Подпись лицензированного врача _____ Дата _____
(MD, DO, ND, PA, ARNP)

Расшифровка подписи _____

Инструкции по заполнению Прививочного сертификата (ПС): распечатка из информационно-справочной системы по вакцинации (IIS) или заполнение вручную.

Распечатать с заполненной информацией о вакцинации: Узнайте у своего врача, регистрирует ли он факт проведенной вакцинации в информационно-справочной системе по вакцинации штата Вашингтон (общей базе данных штата Вашингтон). В случае положительного ответа попросите его распечатать CIS из IIS, и информация о вакцинации Вашего ребенка будет заполнена автоматически. CIS можно также распечатать дома, зарегистрировавшись и зайдя на портал MyIR на странице <https://wa.myir.net>. Если ваш врач не пользуется IIS, обратитесь за копией CIS Вашего ребенка по электронной почте или по телефону в Министерство здравоохранения: waisrecords@doh.wa.gov или 1-866-397-0337.

Для заполнения формы вручную:

№1 Введите имя, дату рождения и пол Вашего ребенка и напишите Ваше Ф.И.О. в обозначенном месте на странице 1.

№ 2 Информация о вакцине: Укажите в колонках с датами дату введения каждой дозы вакцины (в формате ДД/ММ/ГГГГ). Если Ваш ребенок получает комбинированную вакцину (которая защищает от нескольких заболеваний), воспользуйтесь приведенным ниже справочником для правильного обозначения каждой вакцины. Например, обозначьте «Педиатрикс» в графе «дифтерия, столбняк, коклюш» как **DTaP**, гепатит В как **Нер В** и полиомиелит как **IPV**.

№ 3 Анамнез заболевания ветряной оспой: Если у Вашего ребенка была ветрянка (ветряная оспа), и он не прошел вакцинацию от этого заболевания, **в соответствии с требованиями школы наличие ветрянки в анамнезе должно быть подтверждено медицинским учреждением.**

Если Ваш врач может подтвердить, что Ваш ребенок переболел ветрянкой, попросите его поставить соответствующую отметку в разделе «Подтверждение наличия иммунитета к заболеванию» и подписать форму.

Если персонал школы получит доступ в IIS и увидит подтверждение того, что Ваш ребенок переболел ветрянкой, они проверят отметку в ячейке «Ветряная оспа» в разделе «Вакцинация».

№ 4 Подтверждение наличия иммунитета к заболеванию: Если у Вашего ребенка положительный результат анализов крови на антитела (титр антител), свидетельствующий о наличии иммунитета, в отсутствие вакцинации, попросите своего врача поставить отметку в ячейках с указанием соответствующих заболеваний в графе «Подтверждение наличия иммунитета к заболеванию», подписаться и поставить дату в форме. **С CIS необходимо предоставить результаты лабораторных исследований.**

Справочник с сокращенными наименованиями вакцин в алфавитном порядке

Новый перечень приводится на веб-сайте

<https://fortress.wa.gov/doh/cpir/iweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf>

Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины
DT	Дифтерия, столбняк	Нер А	Гепатит А	MCV / MCV4	Менингококковая конъюгированная вакцина	OPV	Пероральная полиомиелитная вакцина	Tdap	Столбняк, дифтерия, ацеллюлярный коклюш
DTaP	Дифтерия, столбняк, ацеллюлярный коклюш	Нер В	Гепатит В	MenB	Менингококковая вакцина В	PCV / PCV7 / PCV13	Пневмококковая конъюгированная вакцина	VAR / VZV	Ветряная оспа
DTP	Дифтерия, столбняк, коклюш	Hib	<i>Вакцина против гемофильной палочки типа b</i>	MCV / MPSV4	Менингококковая полисахаридная вакцина	PPSV / PPV23	Пневмококковая полисахаридная вакцина		
Flu (IV)	Грипп	HPV (2vHPV / 4vHPV / 9vHPV)	Вирус папилломы человека	КПК	Корь, паротит, краснуха	Rota (RV1 / RV5)	Ротавирусная инфекция		
HBIG	Иммуноглобулин к гепатиту В	IPV	Инактивированная полиомиелитная вакцина	MMRV	Корь, паротит, краснуха с ветряной оспой	Td	Столбняк, дифтерия		

Справочник с фирменными наименованиями вакцин в алфавитном порядке

Новый перечень приводится на веб-сайте

<https://fortress.wa.gov/doh/cpir/iweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf>

Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина
Акт-ХИБ® (ActHIB®)	Hib	Флюарикс® (Fluarix®)	Грипп	Хаврикс® (Havrix®)	Нер А	Менвео® (Menveo®)	Менингококковая инфекция	Ротарикс® (Rotarix®)	Ротавирусная инфекция (RV1)
Адацел® (Adacel®)	Tdap	Флуселвакс® (Flucelvax®)	Грипп	Хиберикс® (Hiberix®)	Hib	Педиарикс® (Pediarix®)	DTaP + Нер В + IPV	Ротатек® (RotaTeq®)	Ротавирусная инфекция (RV5)
Афлурия® (Afluria®)	Грипп	ФлуЛавал® (FluLaval®)	Грипп	ХибТИТЕР® (HibTITER®)	Hib	ПедвакХИБ® (PedvaxHIB®)	Hib	Тенивак® (Tenivac®)	Td
Бексеро® (Bexsero®)	MenB	ФлуМист® (FluMist®)	Грипп	Ипол® (Ipol®)	IPV	Пентасел® (Pentacel®)	DTaP + Hib + IPV	Труменба® (Trumenba®)	MenB
Боострикс® (Boostrix®)	Tdap	Флувирин® (Fluvirin®)	Грипп	Инфанрикс® (Infanrix®)	DTaP	Пневмовакс® (Pneumovax®)	PPSV	Твинрикс® (Twinrix®)	Нер А + Нер В
Серварикс® (Cervarix®)	2vHPV	Флузон® (Fluzone®)	Грипп	Кинрикс® (Kinrix®)	DTaP + IPV	Превнар® (Prevnar®)	PCV	Вакта® (Vaqta®)	Нер А
Даптасел® (Daptacel®)	DTaP	Гардасил® (Gardasil®)	4vHPV	Менактра® (Menactra®)	MCV или MCV4	ПроКвад® (ProQuad®)	MMR + ветряная оспа	Варивакс® (Varivax®)	Ветряная оспа
Энгерикс-Б® (Engerix-B®)	Нер В	Гардасил® 9 (Gardasil® 9)	9vHPV	Меномун® (Menomune®)	MPSV4	Рекомбивакс ХБ® (Recombivax HB®)	Нер В		

Если у вас есть инвалидность и вам нужен этот документ в другом формате, пожалуйста, позвоните по номеру 1-800-525-0127 (TDD/TTY: звоните 711).

DOH 348-013 December 2016 Russian



Certificado de Estado de Vacunación

Para asistir a la guardería, el preescolar y los grados escolares K – 12

Office Use Only:	
Reviewed by: _____	Date: _____
Signed Cert. of Exemption on file? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Encuentre instrucciones al reverso para imprimir y llenar esta forma a mano con letra de molde o imprimirla con todos los datos desde Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

Apellido/s del niño/a:	Primer nombre:	Inicial del otro nombre:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):	Sexo:

Le doy permiso a la escuela de compartir la información en el registro de vacunación de mi hijo/a con el Sistema Informático de Vacunación del estado para ayudar a la escuela a mantener el registro de vacunación de mi hijo/a vigente.			Certifico que la información en esta forma es correcta y verificable.	
Firma requerida del padre, madre o tutor legal			Firma requerida del padre, madre o tutor legal	
Fecha			Fecha	

- ◆ Requisito para guardería, preescolar y escuela
- Requisito único para guardería y preescolar

Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Vacunas requeridas para la entrada a guardería, preescolar o escuela

◆ DTaP / DT (Difteria, Tétanos, Tos ferina)						
◆ Tdap (Tétanos, Difteria, Tos ferina)						
◆ Td (Tétanos, Difteria)						
◆ Hepatitis B <input type="checkbox"/> 2-dosis entre las edades de 11-15 años						
● Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)						
◆ IPV / OPV (Polio)						
◆ MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola)						
● PCV / PPSV (Neumocócica)						
◆ Varicela <input type="checkbox"/> Inmunidad verificada por el Sistema						

Vacunas recomendadas pero no requeridas para la entrada a guardería, preescolar o escuela

Gripe (Influenza)						
Hepatitis A						
HPV (Virus del Papiloma Humano o VPH)						
MCV / MPSV (Meningocócica)						
MenB (Meningocócica)						
Rotavirus						

Documentation of Disease Immunity

Healthcare provider use only

If the child named in this form has a history of Varicella (Chickenpox) or can show immunity by blood test (titer) it MUST be verified by a healthcare provider.

I certify that the child named on this form has:

- a verified history of Varicella (Chickenpox).
- laboratory evidence of immunity (titer) to Disease/s marked below. **Lab report(s) for titers MUST also be attached.**

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Polio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Rubella | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> Tetanus | |
| <input type="checkbox"/> Measles | <input type="checkbox"/> Varicella | |

Licensed healthcare provider signature
Date (MD, DO, ND, PA, ARNP)

Printed Name

Instrucciones para completar esta forma: imprímala desde el Sistema Informático de Vacunación o llénela a mano.

Para imprimir con todos los datos: pregunte en la oficina de su proveedor médico si ellos ingresan los antecedentes de vacunación en el Sistema Informático de Vacunación (base de datos estatal). Si le dicen que sí, pídale imprimir el Certificado de Estado de Vacunación desde el Sistema y así la información de su hijo/a será llenada automáticamente con todos los datos. Usted también puede imprimirlo desde la comodidad de su hogar, solo necesita visitar <https://wa.myir.net> y abrir una cuenta en MyIR. **Si su médico no usa el Sistema, comuníquese con el Departamento de Salud del estado por email: waisrecords@doh.wa.gov o teléfono: 1-866-397-0337, para recibir una copia del Certificado de su hijo/a.**

Para llenar esta forma a mano:

#1 En la primera página de esta forma, proporcione los datos de su hijo/a: nombre, fecha de nacimiento y sexo. Firme su nombre en la parte indicada.

#2 Información sobre vacunas: bajo cada una de las columnas, proporcione las fechas en que las vacunas fueron administradas de la siguiente forma: mes/día/año. Si su hijo/a recibió una vacuna en forma combinada (una inyección que protege contra varias enfermedades), use las guías de referencia de abajo para proporcionar la información correcta. Por ejemplo: escriba Pediarix bajo Difteria, Tétanos, Tos ferina como **DTaP**, Hepatitis B como **Hep B**, y Polio como **IPV**.

#3 Inmunidad a la varicela a causa de la enfermedad: si su hijo/a tuvo varicela y desarrolló inmunidad a la enfermedad sin haber recibido la vacuna, **un proveedor médico debe dar testimonio o verificar dicha inmunidad para cumplir con el requisito escolar.**

Si su proveedor médico puede verificar que su hijo/a tuvo varicela, pídale que firme y marque el cuadrado en la sección titulada "Documentation of Disease Immunity".

Si el personal escolar tiene acceso al Sistema y puede ver la sección que indica que su hijo/a tuvo inmunidad a la varicela, ellos pueden marcar el cuadrado bajo esa sección.

#4 Documentación de inmunidad a diferentes enfermedades: Si se puede verificar por medio de un estudio de sangre que su hijo/a es inmune a varias enfermedades aunque no haya sido vacunado, pídale a su proveedor médico que: marque los cuadrillos correspondientes a esas enfermedades en la sección titulada "Documentation of Disease Immunity", firme y ponga la fecha en la forma. **Junto con esta forma usted debe proporcionar copias de los estudios de sangre que muestran que su hijo/a tiene inmunidad.**

Guía de referencia para abreviaciones de vacunas en orden alfabético

Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna
DT	Difteria, Tétanos	Hep A	Hepatitis A	MCV / MCV4	Meningocócica conjugada	OPV	Vacuna oral contra la polio	Tdap	Difteria, Tétanos, Tos ferina
DTaP	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Hep B	Hepatitis B	MenB	Meningocócica B	PCV / PCV7 / PCV13	Neumocócica conjugada	VAR / VZV	Varicela
DTP	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	MPSV / MPSV4	Meningocócica polisacárida	PPSV / PPV23	Neumocócica polisacárida		
Gripe (IIV)	Influenza	HPV (2vHPV / 4vHPV / 9vHPV)	Virus del papiloma humano (VPH)	MMR	Sarampión, Paperas, Rubéola	Rota (RV1 / RV5)	Rotavirus		
HBIG	Inmunoglobulina de Hepatitis B	IPV	Vacuna inactivada contra la polio	MMRV	Sarampión, Paperas, Rubéola, Varicela	Td	Tétanos, Difteria		

Guía de referencia para marcas comerciales de vacunas en orden alfabético

Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna
ActHIB®	Hib	Fluarix®	Influenza	Havrix®	Hep A	Menveo®	Meningocócica	Rotarix®	Rotavirus (RV1)
Adacel®	Tdap	Flucelvax®	Influenza	Hiberix®	Hib	Pediarix®	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq®	Rotavirus (RV5)
Afluria®	Influenza	FluLaval®	Influenza	HibTITER®	Hib	PedvaxHIB®	Hib	Tenivac®	Td
Bexsero®	MenB	FluMist®	Influenza	Ipol®	IPV	Pentacel®	DTaP + Hib + IPV	Trumenba®	MenB
Boostrix®	Tdap	Fluvirin®	Influenza	Infanrix®	DTaP	Pneumovax®	PPSV	Twinrix®	Hep A + Hep B
Cervarix®	2vHPV	Fluzone®	Influenza	Kinrix®	DTaP + IPV	Prevnar®	PCV	Vaqta®	Hep A
Daptacel®	DTaP	Gardasil®	4vHPV	Menactra®	MCV o MCV4	ProQuad®	MMR + Varicela	Varivax®	Varicela
Engerix-B®	Hep B	Gardasil® 9	9vHPV	Menomune®	MPSV4	Recombivax HB®	Hep B		