

Nombre del estudiante _____ Escuela _____

¿Alguno de los padres ha sido o es empleado del Distrito Escolar de Edmonds? Sí No

Si es así, ¿bajo qué nombre? _____

¿Alguno de los padres ha sido o es estudiante del Distrito Escolar de Edmonds? Sí No

¿Sí? ¿Cuál de ellos? Madre Padre

INFORMACIÓN DEL HOGAR PRIMARIO

El domicilio primario de un estudiante es el lugar físico donde él o ella vive por CUATRO O MÁS noches por semana.

Parent/Guardian 1	Apellido(s) <u>LEGAL</u>		Nombre <u>LEGAL</u>		Segundo nombre <u>LEGAL</u>	
	Parentesco con el estudiante		Fecha de nacimiento (mes/día/año)		Dirección de correo electrónico (email)	
	Teléfono de la casa ()		Teléfono del trabajo ()		Número de teléfono móvil ()	
Parent/Guardian 2	Apellido(s) <u>LEGAL</u>		Nombre <u>LEGAL</u>		Segundo nombre <u>LEGAL</u>	
	Parentesco con el estudiante		Fecha de nacimiento (mes/día/año)		Dirección de correo electrónico (email)	
	Teléfono de la casa ()		Teléfono del trabajo ()		Número de teléfono móvil ()	
Por favor usen () - como número de contacto principal. ¿Es este un número confidencial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Domicilio		Calle	Depto./Unidad	Ciudad	Estado y código postal	
Domicilio Postal <i>(Si es diferente al de arriba)</i>		Calle	Depto./Unidad	Apartado Postal	Ciudad	Estado y código postal

VERIFICACIÓN DE DOMICILIO: *Afirmo que la información de domicilio proporcionada en este formulario es verdadera y acertada a la fecha. Entiendo que la falsificación de una dirección, domicilio o arreglos de condiciones de vivienda o el uso de cualquier medio fraudulento para obtener la asignación de una escuela, será causa de revocación de esta inscripción. Dicha falsificación causará la pérdida de cualquier derecho de transferencia hasta el grado escolar más alto. Comprobante de domicilio (recibo de electricidad; declaración o póliza de seguro del dueño; contrato o recibo del pago de renta; póliza del seguro de arrendador) es requerido.*

ESTUDIANTES SIN HOGAR: *Si un estudiante elegible está sin hogar, el distrito no requerirá comprobante de domicilio ni alguna otra información relacionada con una dirección e inscribirá al estudiante cuando éste o sus padres o tutor lo pidan. Los estudiantes inscritos en un programa del distrito sin domicilio legal pueden continuar en la escuela hasta el final del ciclo escolar.*

Firma del padre: _____

Fecha: _____

HERMANOS (SI CORRESPONDE)

Anote a todos los hermanos(as) atendiendo a algún programa del Distrito Escolar de Edmonds

Nombre	Grado	Escuela

Nombre	Grado	Escuela

INFORMACIÓN DEL HOGAR SECUNDARIO (SI CORRESPONDE)

Domicilio de padres/tutores sin custodia que no viven con el estudiante O lugar donde él/ella vive MENOS DE CUATRO noches por semana

Parent/Guardian 1	Apellido(s) <u>LEGAL</u>		Nombre <u>LEGAL</u>		Segundo nombre <u>LEGAL</u>	
	Parentesco con el estudiante		Fecha de nacimiento (mes/día/año)		Dirección de correo electrónico (email)	
	Teléfono de la casa () <input type="checkbox"/> Privado		Teléfono del trabajo () <input type="checkbox"/> Privado		Número de teléfono móvil () <input type="checkbox"/> Privado	
Parent/Guardian 2	Apellido(s) <u>LEGAL</u>		Nombre <u>LEGAL</u>		Segundo nombre <u>LEGAL</u>	
	Parentesco con el estudiante		Fecha de nacimiento (mes/día/año)		Dirección de correo electrónico (email)	
	Teléfono de la casa () <input type="checkbox"/> Privado		Teléfono del trabajo () <input type="checkbox"/> Privado		Número de teléfono móvil () <input type="checkbox"/> Privado	
Domicilio		Calle	Depto./Unidad	Ciudad	Estado y código postal	

Domicilio Postal <i>(Si es diferente al de arriba)</i>	Calle	Depto./Unidad	Apartado Postal	Ciudad	Estado y código postal
------------------------------------------------------------------	-------	---------------	-----------------	--------	------------------------

Nombre del estudiante _____

Escuela _____

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA – que no sean los padres

En caso de emergencia, siempre intentaremos contactar a los padres o tutores primero. Anote personas locales, **que no sea usted**, usualmente disponibles durante el horario escolar, que estén de acuerdo en cuidar y transportar a su estudiante en caso de emergencia o si se enferman y usted no puede ser localizado(a).

Emergency Contact 1	Apellido(s) <u>LEGAL</u>		Nombre <u>LEGAL</u>		Segundo nombre <u>LEGAL</u>		
	Parentesco con el estudiante	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Domicilio	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
	Teléfono de la casa ()		Teléfono del trabajo ()		Número de teléfono móvil ()		
Emergency Contact 2	Apellido(s) <u>LEGAL</u>		Nombre <u>LEGAL</u>		Segundo nombre <u>LEGAL</u>		
	Parentesco con el estudiante	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Domicilio	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
	Teléfono de la casa ()		Teléfono del trabajo ()		Número de teléfono móvil ()		
Emergency Contact 3	Apellido(s) <u>LEGAL</u>		Nombre <u>LEGAL</u>		Segundo nombre <u>LEGAL</u>		
	Parentesco con el estudiante	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Domicilio	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
	Teléfono de la casa ()		Teléfono del trabajo ()		Número de teléfono móvil ()		
Doctor	Apellido		Nombre		Número telefónico ()		
Hospital de preferencia (Opcional)		Compañía de seguro de salud y número de póliza (Opcional)					

INFORMACIÓN DE GUARDERÍA – SOLO DE KINDER A 6º GRADO

¿Su estudiante asiste a alguna guardería? Sí NO Si contestó sí, proporcione la siguiente información.

¿Debe anotarse a la guardería como contacto de emergencia? Sí NO

Por favor marque los días que su niño estará asistiendo a la guardería.

Antes de clases: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

Nombre de la guardería	Dirección	Número de teléfono ()
------------------------	-----------	---------------------------

Después de clases: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

Nombre de la guardería	Dirección	Número de teléfono ()
------------------------	-----------	---------------------------

EDUCACIÓN

Por favor anote **todas** las escuelas a las que el estudiante ha asistido. Adjunte otra hoja adicional si es necesario.

Escuela más reciente	Grados cursados Fecha de inicio: Fecha de salida:	Ubicación de la escuela (Ciudad y estado o país)	Número telefónico () Número de fax ()
Nombre de la anterior	Grados cursados Fecha de inicio: Fecha de salida:	Ubicación de la escuela (Ciudad y estado o país)	Número telefónico ()
Nombre de la anterior	Grados cursados Fecha de inicio: Fecha de salida:	Ubicación de la escuela (Ciudad y estado o país)	Número telefónico ()
Nombre de la anterior	Grados cursados Fecha de inicio: Fecha de salida:	Ubicación de la escuela (Ciudad y estado o país)	Número telefónico ()

Nombre de la anterior	Grados cursados Fecha de inicio: Fecha de salida:	Ubicación de la escuela (Ciudad y estado o país)	Número telefónico ()
-----------------------	---------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	------------------------------

Escriba claramente

Nombre del estudiante _____

Escuela _____

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA EN EL HOGAR (Por favor conteste en inglés)

Office Use Skyward Box
1. Language 2. Native 3. Home If two languages are present, enter the language other than English.

ENCUESTA REQUERIDA POR EL ESTADO SOBRE EL IDIOMA EN EL HOGAR — Esto es para el estudiante WAC392-160-005

Las preguntas 1-3 son en relación al estudiante.

- 1. ¿Qué idioma habla el estudiante actualmente? Inglés Otro: _____
- 2. ¿Qué idioma aprendió a hablar primero? Inglés Otro: _____
- 3. ¿Qué idioma usa más en el hogar? Inglés Otro: _____

"Primer idioma" es el idioma que su niño aprendió cuando empezó a hablar. Si la respuesta a la **pregunta 2 ó 3** es un idioma **que no sea inglés**, su estudiante presentará un **examen de colocación en el dominio del idioma inglés del estado de Washington**.

Las preguntas 4-6 son en relación a los padres solamente.

- 4. ¿Qué idioma(s) usan más los padres/tutores cuando le hablan al niño? Inglés Otro: _____

Idioma natal de los padres: _

- 5. Si está disponible, ¿necesita un intérprete (p.ej., para reuniones escolares)? Sí No
- 6. Si está disponible, ¿necesita que el material oficial de la escuela sea traducido? Sí No

Indique que **idioma prefiere**, si es que marcó "sí" en las **preguntas 5 o 6**: _____

OFFICE: Do not change Native or Home Language after initial enrollment, unless correcting English to a language other than English. Never change Native or Home Language from another language to English unless instructed to do so by the ELL Department.

De acuerdo con la Ley del estado de Washington RCW 28A.225.330, por favor conteste las siguientes preguntas. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

¿Su estudiante tiene historial de comportamiento violento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si es así, por favor explique.	
¿Su estudiante tiene alguna suspensión o expulsión pasada, actual o pendiente en la escuela actual o previa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si es así, por favor explique.	
¿Ha sido su estudiante oficialmente retirado de su escuela actual o previa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Fecha: _____	¿Está su estudiante bajo la petición Becca por ausentismo escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si es así, ¿en cuál distrito?

INFORMACIÓN ADICIONAL

Marque uno de los siguientes si un padre o tutor del alumno es militar: Fuerzas Armadas de EE.UU. en servicio activo Guardia Nacional
 Más de un miembro de las Fuerzas Armadas/Guardia Nacional Reserva de las Fuerzas Armadas de EE.UU. Sin afiliación

¿Vive usted en una vivienda de transición? Sí No

La vivienda de transición puede ser definida como el vivir con otra persona o familiar debido a la pérdida de vivienda o por dificultades económicas; vivir en un motel/hotel o en un refugio transicional o de emergencia, o en un lugar que no está diseñado para, o no es usado comúnmente como alojamiento para dormir, o ¿está el niño esperando por o en adopción temporal?) Si puede contestar que sí a cualquiera de estas preguntas, su niño puede calificar por servicios bajo la Ley McKinney-Vento. **Por favor, pregunte en la escuela sobre el registro para los servicios.**

¿Existe una orden judicial que restrinja algún derecho de los padres? Sí NO Si es así, por favor proporcione una copia.

¿Hay una orden de restricción en vigor? Sí NO Si es así, por favor proporcione una copia.

Por favor haga una lista y proporcione copias de cualquier documento legal que sea pertinente a la seguridad de su estudiante.

Por favor proporcione comentarios adicionales para ayudarnos en el cuidado de su estudiante.

FIRMA

Certifico que la información aquí contenida es completa, verdadera y exacta, y puede ser verificada con la (s) institución (es) apropiada (s). Entiendo que proveer información falsa puede ser motivo para la revocación de la inscripción en el Distrito Escolar de Edmonds.

X _____
 Firma del padre/madre o tutor legal

Fecha

¡Actualice su registro electoral! La oficina de la escuela puede ayudarle.

FOR OFFICE USE ONLY

Escuela: _____ Fecha prevista de inicio: _____

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Género	Grado
Nombre del padre o tutor	Teléfono de día ()	Correo electrónico (email)	
Nombre del proveedor de cuidados médicos Teléfono ()	Nombre del dentista Teléfono ()		
Información del seguro de salud			

La siguiente información es importante para la salud y seguridad de su estudiante. Será enviado a la enfermera de la escuela y compartido según sea necesario para proporcionar un ambiente seguro y sano en la escuela.

ALERTA: La escuela debe tener conocimiento de condiciones de **RIESGO MORTAL** (tales como alergias severas, asma, diabetes, convulsiones y otras condiciones de riesgo). Esto requiere un Plan de cuidado de emergencia por riesgo mortal y los medicamentos necesarios y orden del médico antes que su estudiante pueda asistir a la escuela (per RCW 28A. 210.320).

¿Tiene su estudiante una **CONDICIÓN DE SALUD DE RIESGO MORTAL**? No Sí: _____

Si su estudiante tiene una CONDICIÓN DE SALUD DE RIESGO MORTAL llene AMBAS PÁGINAS DE ESTA FORMA

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

<input type="checkbox"/> ALERGIA a: _____	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> Ligera	<input type="checkbox"/> Uso de Alcohol/Drogas	<input type="checkbox"/> Problemas del oído
<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas
<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Necesita medicamento (Epi-pen, Auvi Q)	<input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune	<input type="checkbox"/> Problema de salud mental:
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Problemas Menstruales
<input type="checkbox"/> Ligera	<input type="checkbox"/> Problemas intestinales/vesicales	<input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos
<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Condiciones ortopédicas
<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Discapacidad física
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> Convulsión Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Lesión grave
<input type="checkbox"/> Tipo 1	<input type="checkbox"/> Condición Congénita	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel: _____
<input type="checkbox"/> Tipo 2	<input type="checkbox"/> Fibrosis Cística	<input type="checkbox"/> Social/ emocional/comportamiento
<input type="checkbox"/> CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista
<input type="checkbox"/> Necesita medicamento (Diastat, Midazolam)	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> No hay problemas de salud conocidos	<input type="checkbox"/> Restricciones dietéticas	<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones: _____
	<input type="checkbox"/> Infecciones del oído	<input type="checkbox"/> Cirugías: _____
	<input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio: _____	<input type="checkbox"/> Tratamiento: _____
	<input type="checkbox"/> Intolerancia a comidas: _____	
	<input type="checkbox"/> Sangrado de nariz frecuente	

Si marcó cualquiera de las condiciones de salud, por favor explique: _____

¿Su estudiante requiere recibir medicamento/tratamiento durante el horario de clases?

NO SÍ (se requiere autorización firmada por el médico)

Por favor explique: _____

¿Su niño usa: lentes lentes de contacto aparatos de sordera

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

ALERGIAS

¿Qué causa la reacción alérgica? _____

¿Fecha de la reacción alérgica más reciente? _____

Describe la reacción alérgica: Urticaria Hinchazón de los labios, boca, lengua, garganta Dificultad para respirar
 Náusea, cólicos, vómito, diarrea

¿Requirió esta reacción alérgica cuidados de urgencia médica? No Sí (Explique por favor): _____

Medicamentos para la alergia:

NOMBRE	DOSIS	CON QUÉ FRECUENCIA

¿Le han hecho exámenes de alergias a su estudiante? No Sí (¿Dónde y cuándo?): _____

ASMA

¿Qué causa los síntomas del asma? Infecciones respiratorias Polen/Moho Ejercicio Clima/Temperatura
 Animales Humo Mala calidad del aire Olores fuertes/Perfumes

Fecha del diagnóstico de asma: _____ Proveedor de atención médica que dio el diagnóstico: _____

Medicamentos para el asma:

NOMBRE	DOSIS	CON QUÉ FRECUENCIA

¿El inhalador de su estudiante tiene aerochamber/cámara espaciadora? No Sí

¿Su estudiante necesita esteroides orales (es decir, prednisona)? No Sí (Cuándo): _____

¿Ha estado su estudiante en el hospital por asma? No Sí (Explique): _____

DIABETES

Fecha de diagnóstico: _____ Medicamento: Oral: _____ Insulina (tipo): _____

Equipo: Pluma para insulina Bomba de insulina (tipo): _____ CGM (tipo): _____

¿Puede su estudiante revisar su nivel de azúcar en la sangre de forma independiente? No Sí

¿Puede su estudiante contar sus carbohidratos de forma independiente? No Sí

¿Puede su estudiante calcular su dosis de insulina de forma independiente? No Sí

¿Puede su estudiante administrarse insulina de forma independiente? No Sí

CONVULSIONES

Fecha de la primera convulsión: _____ Fecha de la convulsión más reciente: _____

¿Con qué frecuencia ocurren las convulsiones? Una vez A diario Semanalmente Mensualmente Anualmente

Tipo de convulsiones: _____

Medicamentos para las convulsiones:

NOMBRE	DOSIS	CON QUÉ FRECUENCIA

¿Ha tenido su estudiante una convulsión que haya requerido atención médica urgente o tomar medicamentos?

No Sí (¿Cuándo?): _____ (Explique por favor): _____

Sírvase enumerar cualquier otro problema de salud no mencionado anteriormente: No aplica _____

Iniciales de padre/madre _____



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:
<p>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.</p> <p style="text-align: center;"></p>				
Firma requerida del padre, madre o tutor legal		Fecha		
<p>Certifico que la información en esta forma es correcta y verificable.</p> <p style="text-align: center;"></p>			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		