

Formulario de verificación de domicilio del estudiante

Verificación de la declaración de domicilio

Non	mbre del estudiante:	Escu	ela:	Grado:
Don	nicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Para sigu	a poder verificar que su domicilio está de uiente lista. El documento deberá estar fech domicilio (Los apartados postales/P.O Box	entro de la zona del distrito, D nado dentro de los pasados ses	EBERÁ proporcionar U enta días mostrando el r	N documento vigente de la
	 □ Documentos de escrituras, libro o estado Declaración de seguro de residente □ Contrato de alquiler con recibo de alquiler Factura de gas o electricidad □ Factura de agua □ Factura de la basura □ Factura de cable de TV e internet □ Cuenta de teléfono de una línea fija en Otros documentos aprobados por la estado Si es parte del programa "Washington esteprograma indicando que el área o distritoescolar de Edmonds. Deberá productiva de vive con juradade residencia, disponible bajo se distritoescolar de se de control de que vive con juradade residencia, disponible bajo se de control de que vive con juradade residencia, disponible bajo se de control de co	uiler actual n la dirección indicada scuela n State Address Confidentialit zona de asistencia escolar satiresentar una carta de renovació Debe com	t y ", se requieren docume sface los requisitos para en a la escuela cada año	entos oficiales de a establecer residencia en el
	no puede proporcionar ninguno de los cunstancias y siguientes pasos a seguir.		r favor contacte a la	escuela para discutir su
	favor, indique los nombres de los estudiant trito Escolar de Edmonds.	tes adicionales que se encuenti	ran en este domicilio y q	ue asistan a una escuela de
Estı	udiante:Es	scuela:	_Fecha de nacimiento:	Grado:
Estu	udiante:Es	scuela:	_Fecha de nacimiento:	Grado:
Estu	udiante:Es	scuela:	_ Fecha de nacimiento:	Grado:
indicam en e Trar La f	claro que los nombres de los estudiantes me cados arriba y que se anexa al paquete de nbios de residencia y estoy de acuerdo de p ese momento. Si me mudo afuera de la zon nsferencia de Elección (Choice Transfer App falsificación de cualquier información o docu	inscripción. Informaré a la escu- proporcionar un nuevo comprob- na escolar del distrito, entiendo plication) para poder continuar umento para comprobar el dom	uela con dos semanas do pante de domicilio y una que se debe presentar y asistiendo a la escuela i icilio, o el uso de la direc	e anticipación de mis declaración actualizada a aprobar una Solicitud de mencionada anteriormente. cción de otra persona sin
real	mente residir ahí, puede resultar en la revo tica 3131)	cación de la inscripción del est	udiante en el Distrito Esc	colar de Edmonds (vea
Non	mbre impreso del padre/ de la madre/ tutor(a	a):		
Firm	na de padres/tutores:		Fecha:	
		urrent Student – Recentl		
	Student(s) Request:			
	Transfer to new school assigned to address	s: 🛘 Immediately or 🗘 Da	ite:	
	Continue to attend current school through (Students not approved to remain in path, must	Grade 6 Grade apply for school change when cha	8 Grade 12 nging schools)	
	School: Email a copy of this form to Kari M	/IcGie (elementary) or Leslie An	derson (secondary)	

Edmonds School District

P-160SP Cuestionario de Alojamiento para Estudiantes



O (C) Unsheltered

○ (D) Hotels/Motels

Complete este formulario <u>SOLO SI</u> su situación de vivienda es transitoria o inestable. Si usted es propietario, alquila o arrienda su casa, por favor NO complete este formulario.

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios que este estudiante puede ser elegible para recibir bajo la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos para niñas/os y jóvenes sin hogar. (Consulte el reverso para obtener más información).

Si el/la estudiante vive en una casa propiedad formulario a menos que haya instalaciones in propia casa, verifique todo lo que se aplica a	adecuadas (sin agua, ca			
O En un motel/hotel o similar	O Un a	utomóvil, estacionami	ento, campamento o	semejante
○ En un refugio (corto plazo/largo plazo)	O Vivie	nda de transición	·	•
O Moverse de un lugar a otro para hospedaj	je Otro	s	<u> </u>	
O En la casa o apartamento de otra persona	a con otra persona/famili	a		
O En una residencia con instalaciones inade	ecuadas (sin agua, calef	acción, electricidad, e	etc.)	
Nombre del estudiante (apellido, primero)	Escuela	Grado	Nacimiento	Edad
Estudiante(s) adicional(es):			•	
 El/la estudiante no está acompañado (no v El/la estudiante vive con un/a madre/padre El/la estudiante está en cuidado de crianza 	/tutor legal	re/tutor legal)		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ACTUAL:				
¿El/la estudiante necesita transporte hacia	a/desde la escuela?: 🔾 `	Yes ○ No		
NÚMERO DE TELÉFONO O NÚMERO DE C	ONTACTO:			
NOMBRE DEL CONTACTO:				
Escriba el nombre de la/el madre/padre/tutor (O jóvenes no acompañadas/os)	legal:			
*Firma del/la madre/padre/tutor legal: (O jóvenes no acompañadas/os)			Fecha:	
O Las/os estudiantes mencionadas/os anterio que necesitan pruebas de detección del desa				
Por favor, devuelva el formulario co de	mpleto a su escuela. L Personas sin Hogar d		ste formulario al Er	lace
For District Homeless Liaison Only: For da O (N) Not Homeless O (A) Shelters	ta collection purposes a	nd student informatio	n system coding	

O (E) Unaccompanied Youth

Ley McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435 ARTÍCULO 725. DEFINICIONES.

Para efectos de este subtítulo:

- (1) Los términos "inscripción" e inscripción incluyen asistir a clases y participar plenamente en las actividades escolares.
- (2) El término niñas/os y jóvenes sin hogar'
 - (A) significa personas que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada (en el sentido de la sección 103(a)(1)); y
 - (B) incluye
 - (i) niñas/os y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar; viven en moteles, hoteles, parques de casas rodantes o campamentos debido a la falta de alojamientos alternativos adecuados; viven en refugios de emergencia o transitorios; son abandonados en hospitales;
 - (ii) niñas/os y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no diseñado ni utilizado habitualmente como alojamiento regular para dormir para seres humanos (en el sentido de la sección 103 (a) (2) (C));
 - (iii) niñas/os y jóvenes que viven en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas deficientes, estaciones de autobús o tren, o entornos similares; y
 - (iv) niñas/os migratorios (según se define dicho término en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin hogar para los fines de este subtítulo porque las/os niñas/os viven en circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii).
- (6) El término "no acompañado" incluye a un/a joven que no está bajo la custodia física de un/a madre/padre/ tutor.

Recursos adicionales

La información y los recursos para madres/padres/tutores se pueden encontrar en a continuación:

http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php

http://www.schoolhouseconnection.org/

https://www.k12.wa.us/student-success/access-opportunity-education/students-experiencing-homelessness/mckinney-vento-act



Serving Brier, Edmonds, Lynnwood, Mountlake Terrace, Woodway, and portions of Snohomish County

El propósito de enviarle esta correspondencia es para recolectar información sobre los estudiantes que tienen necesidades de salud. Por favor llene el formulario HS-534 de "Carta de inscripción sobre la salud del estudiante" sin importar si su estudiante tenga o no tenga necesidades médicas que puedan requerir atención diaria o de emergencia para mantenerlos saludables y seguros. Como padres/tutores es importante que esté consciente de lo que se requiere por ley antes de que su estudiante pueda iniciar la escuela.

Condiciones de salud crónicas

- Si su hijo/a tiene una condición de salud que amenaza su vida y que pone a su estudiante en peligro de muerte durante el día escolar si no hay un medicamento o tratamiento establecido,por favor notifique a la enfermera escolar.
- Los estudiantes con condiciones de riesgo requieren tener medicamento y una orden de tratamiento de un proveedor de atención a la salud con licencia y un plan de cuidado en la escuela antes de que inicien las clases.
- Provea los cambios necesarios que ocurran durante el año escolar, ya sean números de contacto o la condición de salud de su estudiante (según la RCW 28.A.210.320).

Administración de medicamentos

- Los medicamentos deben ser enviados en su envase original si es un medicamento sin receta médica.
- · Si es medicamento con receta médica, el envase deberá estar etiquetado adecuadamente y en su envase original.
- Por favor verifique las fechas de caducidad. El personal escolar no puede aplicar medicamentos caducados.
- Se requiere el consentimiento de medicamentos para cualquier medicamento aplicado en la escuela.
 - Se requiere de las firmas de los padres/tutores Y del proveedor de atención médica para CUALQUIER medicamento aplicado en la escuela. Esto incluye también medicamentos con y sin receta médica.
- Se aceptan consentimientos enviados por fax de los padres y/o doctores.

Puede consultar la política de medicamentos de Edmonds en el sitio web del Distrito Escolar de Edmonds bajo la sección de "School Board Policies and Procedures" (Políticas y procedimientos de la junta escolar).

Si tiene preguntas o inquietudes, por favor contáctese con la enfermera escolar.

Atentamente, El equipo de servicios de salud

Rev 12.2020 12.2021



HS-534SP Inscripción de salud del estudiante

Escuela:					Fecha esperada de inicio:										
Nombre	del es	tudiante	Fecha de nacimiento	Sexo			Género preferido	Grado							
Nombre	Nombre de padres/tutores Teléfono					Email									
Nombre Teléfond		oveedor de salud		Nomb Teléfo		dentista									
AI FRTA	عم د ا	cuela debe saber las condic	iones de SALUD QUE AME	NAZAN I	A VID	ساد امه ۸	mno (como alergias sever								
			n riesgo). Esto requiere un p												
			oveer órdenes para que est												
III c ulcalli	ento y	suriiriistros riecesarios, y pi	oveel olderies para que esti	en notas a	แแบร น	ie que ei a	alumno entre a la escuela	(NOW 20A. 210.320)							
HISTO	RIAL	MÉDICO - Debe firr	nar en la página 2			Τj	ïene seguro médico	? □ Si □ No							
		CONDICIÓN CONOCIDA		Sistema	a nerv										
		SONDIGION SONOSIDA		NB			osticado con ADHD/ADD								
Con	dicion	es que amenazan la vida: F	Plan de cuidado requerido	NC			rno del espectro autista								
EG		Anafilaxia (Epi-pen rece		NE			sis cerebral								
EK		Diabetes Tipo 1	tado)	NF			pacidad del desarrollo								
NP		Convulsiones (Medicam	anta da amarganaia	NH		Migrañ									
INF	_	•	iento de emergencia	NI NI			es de cabeza recurrentes								
RG		requerido) Asma Severo		NP			rno convulsivo 🛭 Actual 🗵	□ Liatárias							
KG		Asilia Severo		NU			iadura traumática cerebral								
Congon	ital / C	conótico		l NO	_	Lasuiii	ladura tradifiatica cerebrai								
_		ienético		Trancol	onto										
AH		Síndrome de Down	l alaahaliawaa fatal	Transpl OD		Anata	ol organo(o).								
AJ		Trastorno del espectro de	i alconolismo letal	1 00		Anote	el organo(s):								
Congre	/ Hame	atalogía		Solud n	aantal	o dol oo	mnortomionto								
Sangre							mportamiento								
BA		Anemia		PA		Ansied									
BB		Hemofilia		PC		Depres									
BC		Rasgos de anemia drepa		PH		Trasto	rno del sueño								
OJ		Historial de hemorragias	nasales severas	Booning	torio	/ Dooniro	olón								
0	- 10-					Respira									
Cardiac				1			– Actual	-							
CC		Defecto cardiaco ongénit		RH RA			Alguna vez diagnosticad	0							
CD		Soplo cardiaco		RE			– Inducido por el ejercicio	oniratorias							
Alorgio		a andaavina matabáliaa	v putricional	KE	_	Condic	ción reactiva de las vías re	spiratorias							
_		ne, endocrino, metabólico Alergia- Alimentos	y nutricional	Piel											
ED EE		•		SB		Eozon	o / Dormatitis per centact	. / Corionio							
	_	Alergia Otros		36	_	Eczen	na / Dermatitis por contacto) / 3011a515							
l _{EL}		Alergia- Otros		Bonol /	Diãán										
==	_	Diabetes Tipo 2		Renal / Riñón Por favor anote:											
Gaetroi	nteetin	al, dental y oral			iavui c										
GA		Enfermedad celiaca		Oídos /	Δuditi	ivo									
GG		Enumere intolerancias ali	menticias:	YA			ón crónica de oídos □ Ac	tual 🗇 Histórico							
GL		Intolerante a la lactosa	mondolas.	YB			pacidad auditiva – Ayuda(s								
GF		Encopresis		'5	J		nte coclear	, additivas,							
GO		Constipación nica				impiai	no occioni								
GH		Reflujo gástrico		oJos/	Vieta										
GJ		Enfermedad intestinal infl	amatoria	YF	VISIA	Healo	ntes/de contacto								
GK GK		Síndrome del intestino irri		YE		_	de visión de los colores								
J GK		Una condición dental u or		YD			pacidad visual								
	_	ona condicion dental d Ol	ч і			_									
Musculo	o esan	elético		OTRAS	CONE	DICIONES	3:								
MC		Reumatoide juvenil/artritis	s ideopática												
		-		ione de	.4	-:4	4a dal mususa de	4n a la aal::-!\							
		s/tratamientos en la escue	, ,		ıtorıza	cion escri	ta del proveedor de atenci	on a la salud)							
	ocume	ntos completos requeridos p	para el medicamento en la es	scuela											
Mad	icamor	nto en casa D No. D Sí	Por favor anote modicomo	antos on o	.aca.										
I wed	ıcarrier	ito eli casa 🔟 NO 🔟 SI	i oi iavoi anote medicame	EIIIOS EII C	asa			Medicamento en casa ☐ No ☐ Sí Por favor anote medicamentos en casa:							

Reacciones alérgicas: ☐ Urticaria ☐ Hinchazón de labios, boca, lengua	a, garganta □ Dificultad para respirar □ Nausea emergencias? □ No □ Sí (Por favor explique)									
Medicamentos para las alergias:										
Nombre	Dosis	Frecuencia								
ASMA ¿Qué causan los síntomas de asma? □ Infecció □ Baja calidad del aire □ Olores Fuertes/perfun Fecha de diagnóstico: Prove										
Medicamentos del asma:										
Nombre	Dosis	Frecuencia								
¿Usa su estudiante un espaciador/aerocámara o ¿Ha necesitado su estudiante esteroides orales ¿Ha estado su estudiante hospitalizado por el as	(prednisone)? □ No □ Sí (¿Cuándo	?)explique)								
	V	/								
DIABETES Fecha del diagnóstico: Medi	camento 🗆 Oral	Insulina (tino)								
Equipo Inyector de insulina Bomba de insu		GM (tipo)								
¿Puede su estudiante verificar solo su BG (gluco	, , ,	(
¿Puede su estudiante contar sus carbohidratos										
¿Puede su estudiante calcular solo sus dosis de ¿Puede su estudiante autoadministrarse su prop										
Cruede su estudiante autoadministraise su prop	oia insulina? □ No □ Sí									
CONVULSIONES										
Fecha de primera convulsión:										
Frecuencia de actividad convulsiva: Una vez Tipo de convulsiones:										
Medicamentos para las convulsiones:	5 :									
Nombre	Dosis	Frecuencia								
¿Ha tenido su estudiante convulsiones que requ Por favor explique:	ieran atención de emergencias/medicamento?	□ No □ Sí ¿Cuándo?								
Aparatos médicos	Stoma	Physical Activity/Mobility								
OLA Aparatos médicos OLB Desfibrilador interno automátic	OKA Gastrostomía OKB Colostomía	□ Silla de ruedas □ Muletas								
OLC Marcapasos	OKD Traqueostomía	Otros – Anote:								
OLD 🗆 Sonda gástrica	OKE 🗆 Urostomía									
OLE Sonda yeyunostómica	OK 🗆 Otro									
□ Frenos □ Prótesis – Anote:										
Otros aparatos médicos:										
	•	•								
Firma del padre/tutor	Fecha									



Para: Madres/padres/tutores de estudiantes del Distrito Escolar de Edmonds De: Departamento de Servicios de Salud Estudiantil

Requisitos para la inscripción escolar según la Ley del Estado de Washington (RCW 28A.210.080)

- Un certificado completo del estado de inmunización. Puede ser uno de los siguientes:
 - > Un CIS impreso del sistema MyIR del Departamento de Salud de Washington o un CIS de otro estado
 - > Una copia física del formulario CIS con la firma de un proveedor de atención médica
 - Una copia física del CIS con los registros médicos de vacunación adjuntos de un proveedor de atención médica verificado y firmado por el personal de la escuela

0

Notificación a la escuela de que se ha iniciado una serie de inmunizaciones Esto se completará de acuerdo con el horario recomendado por su proveedor de atención médica. Las vacunas están disponibles en su proveedor de atención médica privada o puede obtener vacunas del Centro de Salud Comunitario del Condado de Snohomish <u>WWW.chcsno.org</u>. El estado condicional solo se otorgará a las/os estudiantes si han comenzado la serie de una inmunización requerida que deben recibir. Como requisito para asistir a la escuela, todas las series de inmunización deben completarse o comenzarse. Se debe presentar un registro médicamente verificado de este estado a la escuela en o antes del primer día de asistencia.

0

Complete un Certificado de Exención (C.O.E.) además de la Certificación de Inmunización Un proveedor de atención médica con licencia debe firmar el Certificado de exención para que un/a madre/padre/tutor exima a su hija/o de los requisitos de vacunación escolar. La firma verifica que el proveedor ha hablado con el/la madre/padre/tutor sobre los beneficios y riesgos de la inmunización. Un/a madre/padre/tutor también puede entregar una carta firmada por un proveedor de atención médica que indique la misma información. Si hay un brote en la escuela de cualquier enfermedad prevenible por vacunación para la cual su estudiante está exento, su estudiante será excluido de la escuela durante la duración del brote.

Imprimir un certificado de inmunización de *MyIR* es la mejor opción para obtener registros de vacunación de estudiantes.

Crear una cuenta MyIR (Departamento de Salud del Estado de Washington).



Descargar e imprimir el Certificado de Inmunización

Actualización de los requisitos de inmunización del Departamento de Salud (DOH) de junio de 2021:

Todas/os las/os estudiantes matriculadas/os en una escuela pública deben seguir las reglas de vacunación, incluso si participan en una escuela alternativa o programa del distrito. Estos incluyen programas de educación en el hogar, programación vocacional o técnica, *Running Start* y cualquier programa escolar virtual. Todas/os las/os estudiantes deberán tener un Certificado de Estado de Inmunización (CIS) y / o un Certificado de Exención (COE) completos archivados en la escuela para participar en la instrucción y las actividades escolares.

Padres, ¿sus hijos están listos para la escuela?

Vacunas obligatorias para el año escolar 2023 2024



Instrucciones: Busque el grado de su hijo para ver cuáles son las vacunas obligatorias para asistir a la escuela. Observe la fila correspondiente en la página para averiguar la cantidad de vacunas requeridas para que su hijo pueda ingresar a la escuela.

	Difteria, tétanos, tos ferina	Hepatitis B	Haemophilus influenzae tipo b	Sarampión, paperas, rubéola	Neumocócica conjugada	Polio	Varicela
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
Prescolar Desde los 19 meses hasta antes de cumplir los 4 años el 01/09/2023	4 dosis de DTaP	3 dosis	3 o 4 dosis* (según la vacuna)	1 dosis	4 dosis*	3 dosis	1 dosis**
Prescolar/jardín de infantes de transición Con 4 años o mayor el 01/09/2023	5 dosis de DTaP*	3 dosis	3 o 4 dosis* (según la vacuna) (No obligatoria a partir de los 5 años)	2 dosis	4 dosis* (No obligatoria a partir de los 5 años)	4 dosis*	2 dosis**
Jardín de infantes hasta 6.º grado	5 dosis de DTaP*	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**
De 7.º grado a 10.º grado	5 dosis de DTaP* <i>Más</i> Tdap a partir de los 10 años	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**
De 11.º grado a 12.º grado	5 dosis de DTaP* <i>Más</i> Tdap a partir de los 7 años	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**

^{*} Pueden aceptarse menos dosis de las vacunas indicadas según la fecha en que se administraron. ** También es posible que el proveedor de atención médica verifique los antecedentes de varicela. Los estudiantes deben recibir las dosis de las vacunas en los plazos correctos para cumplir con los requisitos de la escuela. Hable con su proveedor de atención médica o con el personal de la escuela si tiene alguna pregunta.

Puede encontrar información sobre otras vacunas importantes que no son obligatorias para la asistencia a la escuela en www.immunize.org/cdc/schedules.



Certificado de Estado de Vacunación

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

Apellido del niño:	Nombre: Inicial del segundo nombre:			Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)			AA):			
Autorizo a la escuela/establecimiento de cuidad sobre las vacunas en el IIS para ayudar a la escu				la escuela, d	ento de cuidado lebo proporcio:	o infantil en est nar la documen	mi hijo está ingresa ado condicional. Pa tación requerida de obtener orientación	ara que mi hijo p e las vacunas en l	ermanezc los plazos	5
X	X									
Firma del padre, la madre o el tutor			Fecha	Se requiere	la firma del pa	dre, la madre o	el tutor si comienz	za en estado cond	licional	Fecha
▲ Se requiere para la escuela • Se requiere para el esta-blecimiento de cuidado infantil/preescolar DD/MM/AA DD/MM/AA DD/MM/AA				DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA		n of Disease Improvider use only		
Vacunas obligatorias p	ara el ingreso a	la escuela o al	establecimiento	de cuidado infa	ntil	•	` -		•	
• ▲ DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)								ned in this Certif tus (CIS) has a h		
▲ Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) (a partir de 7.º grado)							cella (chickenp	ox) disease or ca	an show in	m-
• ▲ DT o Td (tétanos, difteria)							by a health care	od test (titer), it me e provider.	nust be ver	rified
•▲ Hepatitis B							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.			has
Hib (Haemophilus influenzae tipo b)										
• ▲ IPV (polio) (cualquier combinación de IPV/OPV)										r) to
◆▲ OPV (polio)										,
• ▲ MMR (sarampión, paperas, rubéola)							□ Diphtheria	□ Hepatitis A	□ Hepati	itis B
PCV/PPSV (antineumocócica)							□ Hib	□ Measles	□ Mump	os
• ▲ Varicela ☐ Antecedentes de la enfermedad verificados por el IIS							□ Rubella	□ Tetanus	□ Varice	
Vacunas recomendadas (no se rec	uieren para el	ingreso a la esc	uela o al estable	cimiento de cui	dado infantil)	1	Polio (all 3 se	erotypes must sho	ow immui	nity)
COVID-19										
Gripe (influenza)							>			
Hepatitis A							Licensed Health Care Provider Signature Date			
VPH (virus del papiloma humano)			Ma	nually com	pleted form	must	Licensed Healt	ii Care i iovidei	Signature	Date
MCV/MPSV (meningococo tipo A, C, W, Y)				_	nature or r		•			
MenB (meningococo tipo B)			ver	ified immu	nization					
Rotavirus			doc	umentation	attached.		Printed Name			
I certify that the information provided on this form is correct and verifiable. Health If verifiable.	h Care Provide	r or School Off or child care s	icial Name:	immunization	records must	Signatur	re:his document.	Date	e:	

Instrucciones para completar el Certificado de Estado de Vacunación: Imprima el formulario del Sistema Informático de Vacunación o rellénelo a mano.

Para imprimir con la información de la vacunación completada:

Pregunte si el consultorio de su proveedor médico ingresa las vacunas en el Sistema Informático de Vacunación de WA (el registro estatal de Washington). Si es así, solicíteles que impriman el certificado usando el sistema y la información de vacunación de su hijo se llenará de forma automática. También puede imprimir un certificado en su casa. Solo tiene que registrarse e ingresar a MyIR en wa.myir.net. Si su proveedor no utiliza el sistema, envíe un correo electrónico al Departamento de Salud a waiisrecords@doh.wa.gov o llame al 1-866-397-0337 para obtener una copia del certificado de su hijo.

Para llenar el formulario a mano:

- 1. Escriba en letra de imprenta el nombre y la fecha de nacimiento de su hijo y firme donde se indica en la página uno.
- 2. Escriba la fecha de cada dosis de la vacuna recibida en las columnas de fechas (con el formato DD/MM/AA). Si su hijo recibe una vacuna combinada (una sola inyección que lo protege contra varias enfermedades), utilice las guías de referencia que aparecen a continuación para registrar cada vacuna de manera correcta. Por ejemplo, registre la vacuna Pediarix bajo difteria, tétanos, tos ferina como DTaP, hepatitis B como Hep B, y polio como IPV.
- 3. Si su hijo tuvo varicela y no fue vacunado, un proveedor de atención médica debe corroborar que tuvo varicela para cumplir con los requisitos de la escuela.
 - □ Si el proveedor médico puede corroborar que su hijo tuvo varicela, pídale que marque la casilla en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity" y que firme el formulario.
 □ Si el personal de la escuela tiene acceso al Sistema Informático de Vacunación y ven la verificación de que su hijo tuvo varicela, marcarán la casilla debajo de varicela en la sección de las vacunas.
- 4. Si un análisis de sangre (valor) da positivo y muestra que su hijo es inmune, pídale al proveedor médico que marque las casillas de la enfermedad correspondiente en la sección en inglés "Documentation"
- of Disease Immunity", y que firme y ponga la fecha el formulario. Debe proporcionar los resultados del laboratorio junto con este certificado. 5. Proporcione pruebas de registros con verificación médica según las pautas que se indican a continuación.

Registros médicos aceptables

Todos los registros de vacunación deben estar corroborados por un médico. Por ejemplo:

- Un formulario del Certificado de Estado de Vacunación impreso con las fechas de vacunación del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington, MyIR o el sistema de otro estado.
- Una copia impresa completa del certificado con la firma de validación del proveedor médico.
- Una copia impresa completa del certificado con los registros de vacunación adjuntos, impresos desde el registro de salud electrónico de un proveedor médico y con la firma o el sello de un proveedor médico. El administrador de la escuela, el enfermero o la persona designada debe verificar que las fechas en el certificado se transcribieron con precisión y debe firmar el formulario.

Estado condicional

Los niños pueden ingresar y permanecer en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil en estado condicional si se están poniendo al día con las vacunas obligatorias para ingresar a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil. (Las dosis del esquema de vacunas se distribuyen en intervalos mínimos, por lo que algunos niños pueden tener que esperar un tiempo antes de terminar de recibir sus vacunas. Esto significa que es posible que ingresen a la escuela mientras esperan la siguiente dosis de la vacuna obligatoria). Para ingresar a una escuela o establecimiento de cuidado infantil en estado condicional, un niño debe tener todas las dosis de las vacunas obligatorias antes de empezar a ir a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil.

Los estudiantes que estén en estado condicional pueden permanecer en la escuela hasta la fecha de validez mínima de la próxima dosis de la vacuna y tendrán un período adicional de 30 días para presentar la documentación de la vacunación. Si un estudiante debe ponerse al día con varias vacunas, el estado condicional continúa de forma similar hasta que reciba todas las vacunas obligatorias.

Si el período condicional de 30 días se vence antes de que se presente la documentación en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil, el estudiante deberá ser excluido de dicha escuela o establecimiento de cuidado infantil, conforme al capítulo 28A.210.120 del Código Revisado de Washington. La documentación válida incluye pruebas de inmunidad a la enfermedad en cuestión, registros médicos que demuestren la vacunación o un formulario de certificado de exención (COE) completado.

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	Нер А	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	Нер А
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Нер В	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Нер В		