

Bienvenido al Distrito Escolar de Edmonds. Ya estamos aceptando paquetes de inscripción de nuevos estudiantes para el año escolar 2022-23. Por favor llene este paquete de inscripción y regrese a la escuela de su estudiante junto con cualquier documento adicional requerido. Si usted inscribió a su estudiante en línea en Skyward, por favor no llene este paquete. Esperamos con gusto poder trabajar con usted y con su hijo/a.

Paso 1: Llene los siguientes formularios requeridos

☐ P-134 Formulario de inscripción del estudiante

☐ P-135 Formulario de comprobante de domicilio y verificación de comprobantes de domicilio

Si no puede proveer comprobantes de domicilio, llene uno de estos documentos y anéxelo a este formulario.

- ☐ P-160 Cuestionario de vivienda del estudiante (elegibilidad a la ley McKinney -Vento Act)
- ☐ P-110 Declaración jurada de residencia/domicilio (contacte a su escuela)

☐ HS-534 Formulario de salud del estudiante para su inscripción

☐ HS-518 Récorde de vacunación/inmunización descargados de MyIR

- ☐ Si no tiene registros en MyIR, llene el certificado del estado de inmunización y anexe récords de inmunización verificables medicamente.

Se exhorta a las familias elegibles a que apliquen al programa de alimentos gratis y de precio reducido. El proceso de solicitud es sencillo y es confidencial. Las solicitudes están disponibles en la liga a continuación, en Skyward o en cualquier escuela.

☐ Solicitud de alimentos gratis y de precio reducido (si aplica) – puede encontrar información en:

https://www.edmonds.wednet.edu/departments/food_nutrition_services

(Nota: Hay tres (3) guiones bajos “_” entre las palabras “food” y “nutrition” en la liga anterior)

Asignación de grados escolares			
Escuelas Primaria		Escuelas secundarias y preparatorias	
Kínder	9/1/2016 al 8/31/2017	7 ^{mo} Grado	9/1/2009 al 8/31/2010
1 ^{er} Grado	9/1/2015 al 8/31/2016	8 ^{vo} Grado	9/1/2008 al 8/31/2009
2 ^{do} Grado	9/1/2014 al 8/31/2015	9 ^{no} Grado	9/1/2007 al 8/31/2008
3 ^{er} Grado	9/1/2013 al 8/31/2014	10 ^{mo} Grado	9/1/2006 al 8/31/2007
4 ^{al} Grado	9/1/2012 al 8/31/2013	11 ^{vo} Grado	9/1/2005 al 8/31/2006
5 ^{al} Grado	9/1/2011 al 8/31/2012	12 ^{vo} Grado	9/1/2004 al 8/31/2005
6 ^{al} Grado	9/1/2010 al 8/31/2011		

Paso 2: Regrese este paquete completo con toda la documentación adicional requerida a la escuela de su estudiante.

Un oficial escolar lo contactará para finalizar su aplicación, y si es necesario, solicitarle documentación adicional. El oficial escolar le dará una fecha de inicio una vez entregado el paquete completo. Los documentos incompletos pueden retrasar la fecha de inicio del estudiante.

IMPORTANTE:

Acta de nacimiento:

Las familias de los estudiantes ingresando al kínder o primer grado, o recién llegados a los Estados Unidos o que no han tenido experiencia escolar, deben proporcionar un documento que establezca la edad del estudiante. Este documento puede ser, aunque no está limitado a: un certificado religioso o médico que muestre la fecha de nacimiento; documento de adopción; acta/partida de nacimiento; boletas escolares verificadas; documentación del Departamento de Servicios Sociales y Salud (DSHS por sus siglas en inglés) o cualquier documento permitido por la ley.

Condiciones de salud riesgosas, medicamentos e inmunizaciones:

Estudiantes con condiciones de salud con riesgo mortal (por ej., alergias severas, asma severa, diabetes, epilepsia, etc.) requieren de planes de salud en la escuela; si la condición requiere medicamentos, tanto el plan como los medicamentos DEBEN estar en las instalaciones un martes dos semanas antes de el inicio de clases para asegurar que su estudiante pueda iniciar el primer día. Las vacunas son obligatorias para poder asistir a clases.

Si tiene preguntas adicionales, puede contactar a:

Enseñanza Básica (Primarias): Kari McGie at 425-431-7176 o en mcgiek280@edmonds.wednet.edu

Enseñanza Media (Secundaria, Preparatoria): Leslie Anderson al 425-431-7094 o en andersonl@edmonds.wednet.edu

Verificación de la declaración de domicilio

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Para poder verificar que su domicilio está dentro de la zona del distrito, DEBERÁ proporcionar UN documento vigente de la siguiente lista. El documento deberá estar fechado dentro de los pasados sesenta días mostrando el nombre de los padres/tutores y el domicilio (Los apartados postales/P.O Box no se aceptan como domicilios residenciales).

- ☐ Documentos de escrituras, libro o estado de cuenta de hipoteca o de seguros de la residencia
- ☐ Acuerdos de renta/arrendamiento con el recibo de renta actual
- ☐ 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 la dirección indicada
- ☐ Otros documentos aprobados por la escuela _____
- ☐ Si es parte del programa “**Washington State Address Confidentiality**”, se requieren documentos oficiales de este programa indicando que el área o zona de asistencia escolar satisface los requisitos para establecer residencia en el distrito escolar de Edmonds. Deberá presentar una carta de renovación a la escuela cada año.
- ☐ Verificación de que vive con _____. **Debe completar el formulario P-110 de declaración jurada residencia**, disponible bajo solicitud en la escuela.

Si no puede proporcionar ninguno de los documentos anteriores, por favor contacte a la escuela para discutir sus circunstancias y siguientes pasos a seguir.

Por favor, indique los nombres de los estudiantes adicionales que se encuentran en este domicilio y que asistan a una escuela del Distrito Escolar de Edmonds.

Estudiante: _____ Escuela: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Estudiante: _____ Escuela: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Estudiante: _____ Escuela: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Declaro que los nombres de los estudiantes mencionados arriba residen en el domicilio indicado en uno de los documentos indicados arriba y que se anexa al paquete de inscripción. Informaré a la escuela con dos semanas de anticipación de mis cambios de residencia y estoy de acuerdo de proporcionar un nuevo comprobante de domicilio y una declaración actualizada en ese momento. Si me mudo afuera de la zona escolar del distrito, entiendo que se debe presentar y aprobar una Solicitud de Transferencia de Elección (Choice Transfer Application) para poder continuar asistiendo a la escuela mencionada anteriormente.

La falsificación de cualquier información o documento para comprobar el domicilio, o el uso de la dirección de otra persona sin realmente residir ahí, puede resultar en la revocación de la inscripción del estudiante en el Distrito Escolar de Edmonds (vea política 3131)

Nombre impreso del padre/ de la madre/ tutor(a): _____

Firma de padres/tutores: _____ Fecha: _____

For Office Use Only: Current Student – Recently Moved has NEW Address

Student(s) Request:

Transfer to new school assigned to address: ☐ Immediately or ☐ Date: _____

Continue to attend current school through Grade 6 _____ Grade 8 _____ Grade 12 _____
(Students not approved to remain in path, must apply for school change when changing schools)

School: Email a copy of this form to Kari McGie (elementary) or Leslie Anderson (secondary)



Complete this form ONLY IF your housing situation is transitional or unstable.
If you own, rent, or lease your home, please DO NOT complete this form.

Completa este formulario SOLAMENTE SI su situación de vivienda es transitoria o inestable.
Si es propietario, alquila o arrienda su hogar, NO complete este formulario.

Điền vào mẫu này CHỈ KHI tình trạng nhà ở của bạn là chuyển tiếp hoặc không ổn định.
Nếu bạn đang sở hữu, thuê hoặc cho thuê nhà, vui lòng KHÔNG điền vào mẫu này.

”برجاء ملئ هذا النموذج فقط إذا كان وضعك السكني انتقالي أو غير مستقر.

اما إذا كنت مالك منزل أو تاجر أو مستأجر، فيرجى عدم ملئ هذا النموذج“

The answers to the following questions can help determine the services this student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435. The McKinney-Vento Act provides services and supports for children and youth experiencing homelessness. (Please see reverse side for more information.)

If you do not own/rent your own home, please check all that apply below. (Return this form to your school. If you need assistance, please contact the District Homeless Liaison (contact information can be found at the bottom of the page).)

- ☐ In a motel
- ☐ In a shelter
- ☐ Moving from place to place/couch surfing
- ☐ In someone else's house or apartment with another family
- ☐ In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity, etc.)
- ☐ A car, park, campsite, or similar location
- ☐ Transitional Housing
- ☐ Other _____

Student 1:	Grade:	Birthdate: / /	Gender: ☐ M ☐ F
Student 2:	Grade:	Birthdate: / /	Gender: ☐ M ☐ F
Student 3:	Grade:	Birthdate: / /	Gender: ☐ M ☐ F
Student 4:	Grade:	Birthdate: / /	Gender: ☐ M ☐ F

Name of school(s): _____

- ☐ Student is unaccompanied (not living with a parent or legal guardian)
- ☐ Student is living with a parent or legal guardian

Students require transportation to/from school: ☐ Yes ☐ No

ADDRESS OF CURRENT RESIDENCE: _____

PHONE NUMBER OR CONTACT NUMBER: _____ NAME OF CONTACT: _____

Print name of parent(s)/legal guardian(s): _____
(Or unaccompanied youth)

*Signature of parent/legal guardian: _____ Date: _____
(Or unaccompanied youth)

*I declare under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the information provided here is true and correct.

Please return completed form to your school. School will scan info to the District Homeless Liaison

For District Homeless Liaison Only: For data collection purposes and student information system coding

- ☐ (N) Not Homeless
- ☐ (A) Shelters
- ☐ (B) Doubled-Up
- ☐ (C) Unsheltered
- ☐ (D) Hotels/Motels
- ☐ (E) Unaccompanied Youth

McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435
SEC. 725. DEFINITIONS.

For purposes of this subtitle:

(1) The terms enroll' and enrollment' include attending classes and participating fully in school activities.

(2) The term homeless children and youths' —

(A) means individuals who lack a fixed, regular, and adequate nighttime residence (within the meaning of section 103(a)(1)); and

(B) includes —

(i) children and youths who are sharing the housing of other persons due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason; are living in motels, hotels, trailer parks, or camping grounds due to the lack of alternative adequate accommodations; are living in emergency or transitional shelters; are abandoned in hospitals;

(ii) children and youths who have a primary nighttime residence that is a public or private place not designed for or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for human beings (within the meaning of section 103(a)(2)(C));

(iii) children and youths who are living in cars, parks, public spaces, abandoned buildings, substandard housing, bus or train stations, or similar settings; and

(iv) migratory children (as such term is defined in section 1309 of the Elementary and Secondary Education Act of 1965) who qualify as homeless for the purposes of this subtitle because the children are living in circumstances described in clauses (i) through (iii).

(6) The term unaccompanied youth' includes a youth not in the physical custody of a parent or guardian.

Additional Resources

Parent information and resources can be found at the following:

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

<http://naehcy.org/educational-resources/naehcy-publications>

<http://www.schoolhouseconnection.org/>

For Office Use Only

Received:

Time:

Nombre de la escuela: _____ Fecha: _____

Información del estudiante

Apellido(s) legal _____ Primer nombre legal _____ Segundo nombre legal _____

Nombre preferido _____ Nombre anterior _____ Número celular de estudiante _____

Sexo: ☐ M ☐ F ☐ X Grado a ingresar: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

¿Ha estado este estudiante matriculado antes en el Distrito Escolar de Edmonds? ☐ Sí ☐ No

Anote la última escuela a la que asistió _____

¿El estudiante va a asistir SIMULTÁNEAMENTE a otra escuela mientras está matriculado en el Distrito Escolar de Edmonds? ☐ Sí ☐ No

Si responde que Sí, ¿En qué otra escuela va a estar inscrito? _____

INFORMACIÓN DE LA VIVIENDA PRINCIPAL

Padre/Madre/Tutor 1 - Parentesco con estudiante _____

Apellido(s) legal _____ Primer nombre legal _____ Segundo nombre legal _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Correo electrónico: _____

Teléfono (_____) _____ ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo Teléfono (_____) _____ ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo

Padre/Madre/Tutor 2 - Parentesco con estudiante _____

Apellido(s) legal _____ Primer nombre legal _____ Segundo nombre legal _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Correo electrónico: _____

Teléfono (_____) _____ ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo Teléfono (_____) _____ ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo

Por favor use el _____ **como mi contacto principal** ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Confidencial

Domicilio residencial: _____

Dirección de correo (si diferente al domicilio): _____

SECONDARY HOUSEHOLD INFORMATION (IF APPLICABLE)

Padre/Madre/Tutor 1 - Parentesco con estudiante _____

Apellido(s) legal _____ Primer nombre legal _____ Segundo nombre legal _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Correo electrónico: _____

Teléfono (_____) _____ ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo Teléfono (_____) _____ ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo

Padre/Madre/Tutor 2 - Parentesco con estudiante _____

Apellido(s) legal _____ Primer nombre legal _____ Segundo nombre legal _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Correo electrónico: _____

Teléfono (_____) _____ ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo Teléfono (_____) _____ ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo

Por favor use el _____ **como mi contacto principal** ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Confidencial

Domicilio residencial: _____

Dirección de correo (si diferente al domicilio): _____

Información Familiar

Información familiar	¿Alguno de los padres/tutores enlistados arriba son o fueron empleados del Distrito Escolar de Edmonds? ☐ Sí ☐ No Si responde que Sí, ¿bajo qué nombre? _____ ¿Alguno de los padres/tutores enlistados arriba fueron estudiantes del Distrito Escolar de Edmonds? ☐ Sí ☐ No Si responde que Sí, ¿Cuál padre/madre/tutor y bajo qué nombre? _____											
Información de cuidado infantil: Pre-K al 6to grado solamente	¿Su estudiante recibe cuidado infantil? ☐ Sí ☐ No <i>Si responde que Sí, por favor responda lo siguiente:</i> ¿Quisiera anotar el cuidado infantil como contacto de emergencia? ☐ Sí ☐ No											
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Proveedor de cuidado infantil</td> <td style="width: 33%;">Domicilio de proveedor</td> <td style="width: 34%;">Teléfono</td> </tr> <tr> <td>Proveedor de cuidado infantil</td> <td>Domicilio de proveedor</td> <td>Teléfono</td> </tr> </table>				Proveedor de cuidado infantil	Domicilio de proveedor	Teléfono	Proveedor de cuidado infantil	Domicilio de proveedor	Teléfono		
Proveedor de cuidado infantil	Domicilio de proveedor	Teléfono										
Proveedor de cuidado infantil	Domicilio de proveedor	Teléfono										
Información de contacto de emergencia	En el caso de una emergencia con su estudiante, o que se enferme o lastime y no podemos localizar a los padres o tutores primero. Por favor anote las personas, que no sean usted, que estén de acuerdo de cuidar y darle transporte a su estudiante. Contacto 1:											
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Apellido</td> <td style="width: 25%;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%;">Parentesco con el estudiante</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>Teléfono (____) _____</td> <td> ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo </td> <td> ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo </td> <td>Teléfono (____) _____</td> </tr> </table>				Apellido	Primer nombre	Parentesco con el estudiante		Teléfono (____) _____	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	Teléfono (____) _____
	Apellido	Primer nombre	Parentesco con el estudiante									
	Teléfono (____) _____	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	Teléfono (____) _____								
Contacto 2:												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Apellido</td> <td style="width: 25%;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%;">Parentesco con el estudiante</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>Teléfono (____) _____</td> <td> ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo </td> <td> ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo </td> <td>Teléfono (____) _____</td> </tr> </table>				Apellido	Primer nombre	Parentesco con el estudiante		Teléfono (____) _____	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	Teléfono (____) _____	
Apellido	Primer nombre	Parentesco con el estudiante										
Teléfono (____) _____	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	Teléfono (____) _____									
Información de contacto de emergencia	Contacto 3:											
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Apellido</td> <td style="width: 25%;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%;">Parentesco con el estudiante</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>Teléfono (____) _____</td> <td> ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo </td> <td> ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo </td> <td>Teléfono (____) _____</td> </tr> </table>				Apellido	Primer nombre	Parentesco con el estudiante		Teléfono (____) _____	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	Teléfono (____) _____
	Apellido	Primer nombre	Parentesco con el estudiante									
	Teléfono (____) _____	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	Teléfono (____) _____								
Historial del estudiante	Anote TODAS las escuelas a las que su estudiante ha asistido, iniciando por la más reciente. ¿Ha asistido su estudiante a escuelas públicas en el estado de Washington? ☐ Sí ☐ No											
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Escuela más reciente</td> <td style="width: 30%;">Grados a los que asistió</td> <td colspan="2" style="width: 30%;">Fecha de baja</td> </tr> <tr> <td>Ciudad</td> <td>Estado o país</td> <td>Teléfono</td> <td>Número de fax</td> </tr> </table>				Escuela más reciente	Grados a los que asistió	Fecha de baja		Ciudad	Estado o país	Teléfono	Número de fax
	Escuela más reciente	Grados a los que asistió	Fecha de baja									
	Ciudad	Estado o país	Teléfono	Número de fax								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Escuela</td> <td style="width: 30%;">Grados a los que asistió</td> <td colspan="2" style="width: 30%;">Fecha de baja</td> </tr> <tr> <td>Ciudad</td> <td>Estado o país</td> <td>Teléfono</td> <td>Número de fax</td> </tr> </table>				Escuela	Grados a los que asistió	Fecha de baja		Ciudad	Estado o país	Teléfono	Número de fax
	Escuela	Grados a los que asistió	Fecha de baja									
	Ciudad	Estado o país	Teléfono	Número de fax								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Escuela</td> <td style="width: 30%;">Grados a los que asistió</td> <td colspan="2" style="width: 30%;">Fecha de baja</td> </tr> <tr> <td>Ciudad</td> <td>Estado o país</td> <td>Teléfono</td> <td>Número de fax</td> </tr> </table>				Escuela	Grados a los que asistió	Fecha de baja		Ciudad	Estado o país	Teléfono	Número de fax
	Escuela	Grados a los que asistió	Fecha de baja									
	Ciudad	Estado o país	Teléfono	Número de fax								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Escuela</td> <td style="width: 30%;">Grados a los que asistió</td> <td colspan="2" style="width: 30%;">Fecha de baja</td> </tr> <tr> <td>Ciudad</td> <td>Estado o país</td> <td>Teléfono</td> <td>Número de fax</td> </tr> </table>				Escuela	Grados a los que asistió	Fecha de baja		Ciudad	Estado o país	Teléfono	Número de fax	
Escuela	Grados a los que asistió	Fecha de baja										
Ciudad	Estado o país	Teléfono	Número de fax									
¿Ha sido su estudiante retenido a repetir año escolar? ☐ Sí ☐ No Si responde Sí, ¿qué grados escolares? _____ ¿Ha sido su estudiante avanzado/brincado a otro grado? ☐ Sí ☐ No Si responde Sí, ¿qué grados escolares? _____												

Alguna vez su estudiante ha calificado o ha estado inscrito en:¿Un programa de educación especial*? ☐ Sí ☐ No Tipo de programa de educación especial: _____

*Si responde que Sí, por favor proporcione una copia del IEP a la escuela

☐ EL/ML ☐ Educación especial (IEP) ☐ 504 Plan ☐ Programa de dotados/altamente capaces ☐ Running Start
☐ Programa o escuela alternativa ☐ Title III (Soporte NA/AN) ☐ Title VI Educación ☐ Other _____
ENUMERE A TODOS LOS HERMANOS O HERMANAS DEL ESTUDIANTE QUE ASISTEN AL DISTRITO ESCOLAR DE EDMONDS

Nombre	Grado	Escuela	Nombre	Grado	Escuela
Nombre	Grado	Escuela	Nombre	Grado	Escuela

De acuerdo con las leyes estatales de Washington (RCW 28A.255.330), por favor responda a lo siguiente:¿Su estudiante tiene alguna historia de conducta violenta? ☐ Sí ☐ No

Si responde Sí, por favor explique: _____

¿Tiene su estudiante alguna suspensión, expulsión pasada, actual o pendiente de su escuela actual o anterior? ☐ Sí ☐ No

Si responde que Sí, por favor explique. _____

¿Ha sido su estudiante oficialmente dado de baja de su escuela actual o anterior? ☐ Sí ☐ No Fecha: _____¿Está su estudiante actualmente bajo alguna petición de BECCA o de ausentismo? ☐ Sí ☐ No

Si responde sí, ¿en qué distrito? _____

¿Debe su estudiante alguna multa o cuota de su escuela anterior? ☐ Sí ☐ No¿Tiene acceso al internet? ☐ Sí ☐ No¿Su estudiante está esperando/o tiene cuidado de crianza (Foster care)? ☐ Sí ☐ No¿Está actualmente pasando alguna situación de vivienda inestable o de transición? ☐ Sí ☐ No

La inestabilidad de vivienda se puede definir como vivir con otra persona/familia debido a la pérdida de su hogar o crisis económica, vivir en un motel/hotel o en un albergue emergente o de transición, o en lugar no designado como vivienda, o usado ordinariamente para dormir de manera regular. Si puede responder que Sí a alguna de estas preguntas, su hijo/a puede calificar para los servicios de la Ley McKinney-Vento. Por favor pregunte en su escuela de cómo registrarse para servicios.

¿Existe algún PLAN DE CRIANZA u ORDEN DE CORTE en efecto que restrinja/limite los derechos de los padres? ☐ Sí ☐ No Si responde que Si, por favor proporcione copias.

¿Existe alguna ORDEN DE RESTRICCIÓN en efecto? ☐ Sí ☐ No Si responde que Si, por favor proporcione copias.

Por favor enumere y proporcione copias de cualquier otro documento legal que sea pertinente a su estudiante y seguridad. _____

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

Los distritos escolares en el estado de Washington tienen la obligación de obtener información de las familias sobre su estado de actividad militar. Esta información es usada para quitar las barreras hacia el éxito educativo impuestas a niños de familias militares por su movimiento frecuente y despliegue de sus padres. Por favor indique si usted está activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos, Guardia Nacional o las Reservas.

¿Está actualmente activo en las fuerzas armadas, guardia nacional o reservas? ☐ Sí ☐ No Si responde Sí, indique abajo:☐ Activo en las fuerzas armadas de Estados Unidos ☐ Miembro de la guardia nacional☐ Más de un miembro activo en las fuerzas armadas/ guardia nacional☐ Reservas de las fuerzas armadas de los Estados Unidos ☐ No tengo afiliación¿Sus abuelos o padres tienen alguna afiliación tribal a los Indígenas Americanos? ☐ Sí ☐ No

CATEGORÍAS DE RAZAS Y ETNIAS DEL ESTADO DE WASHINGTON

Por favor complete la Parte I y la Parte II

Por favor observe que: Estas razas y etnias son proveídas por el estado de Washington, y el Distrito Escolar de Edmonds tiene la obligación de recolectar esta información de cada estudiante bajo las leyes estatales y federales que aplican. Si no se identifica, la escuela lo contactará porque necesita la información de todos los estudiantes siguiendo las leyes estatales y federales aplicables.

Parte I

Hispano o Latino

¿Es su estudiante de origen hispano o latino? Sí No (Si responde que “Sí”, por favor marque todo lo que aplique)

- | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|------------------------------------|--|---|------------------------------------|
| ☐ Argentino | ☐ Chileno | ☐ Cubano | ☐ Guyanés | ☐ Mestizo | ☐ Paraguayo | ☐ Español |
| ☐ Boliviano | ☐ Colombiano | ☐ Dominicano | ☐ Hondureño | ☐ Nativo/Indígena | ☐ Peruano | ☐ Surinamés |
| ☐ Brasileño | ☐ Costarricense | ☐ Ecuatoriano | ☐ Jamaquino | ☐ Nicaragüense | ☐ Puertorriqueño | ☐ Uruguayo |
| ☐ Mexicoamericano | ☐ Guatemalteco | ☐ Mexicano | ☐ Panameño | ☐ Salvadoreño | ☐ Venezolano | |
- ☐ Hispano ☐ Latino Anote: _____

Parte II

¿Qué raza(s) considera que es su estudiante? Puede escoger categorías y anotar (marque todo lo que aplique)

Indígena Americano Nativo o Nativo de Alaska

Si selecciona alguna opción, por favor también complete la forma denominada: **Native American Students (Title VI Program)**

☐ Indígena Nativo Americano/ Nativo de Alaska

☐ Indígena Americano Anote: _____

☐ Nativo de Alaska Anote: _____

Tribus del estado de Washington:

- ☐ Tribu de Chinook
- ☐ Tribus confederadas y bandas de la Nación Yakama
- ☐ Tribus confederadas de la Reservación de Chehalis
- ☐ Tribus confederadas de la Reservación Colville
- ☐ Tribu indígena Cowlitz
- ☐ Tribu Duwamish
- ☐ Tribu indígena Hoh
- ☐ Tribu Jamestown S’Klallam
- ☐ Comunidad indígena Kalispel de la reservación Kalispel
- ☐ Nación indígena Kikiallus
- ☐ Comunidad tribal de Lower Elwha
- ☐ Tribu Lummi de la reservación Lummi
- ☐ Tribu indígena Makah de la reservación indígena Makah
- ☐ Banda Marietta de la tribu Nooksack
- ☐ Tribu indígena de Muckleshoot
- ☐ Tribu indígena de Nisqually
- ☐ Tribu indígena de Nooksack
- ☐ Tribu de Port Gamble S’Klallam

- ☐ Tribu de Puyallup de la reservación Puyallup
- ☐ Tribu Quileute de la reservación Quileute
- ☐ Nación indígena Quinault
- ☐ Nación indígena Samish
- ☐ Tribu indígena Sauk-Suiattle de Washington
- ☐ Tribu indígena Shoalwater Bay de la reservación Shoalwater Bay
- ☐ Tribu indígena de Skokomish
- ☐ Tribu de Snohomish
- ☐ Tribu indígena de Snoqualmie
- ☐ Tribu de Snoqualmoo
- ☐ Tribu de Spokane de la reservación de Spokane
- ☐ Tribu de Squaxin Island de la reservación Squaxin Island
- ☐ Tribu Steilacoom
- ☐ Tribu Stillaguamish de los indígenas de Washington
- ☐ Tribu indígena de Suquamish de la reservación Port Madison
- ☐ Comunidad indígena tribal de Swinomish
- ☐ Tulalip Tribes of Washington

Asiático

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Asiático | ☐ Malasio |
| ☐ Asiático isleño | ☐ Mien |
| ☐ Bangladés | ☐ Mongol |
| ☐ Butanés | ☐ Nepalí |
| ☐ Burmés | ☐ Okinagüense |
| ☐ Camboyano/Khmer | ☐ Pakistaní |
| ☐ Cham | ☐ Punjabi |
| ☐ Chino | ☐ Singaporense |
| ☐ Filipino | ☐ Esrilanqués |
| ☐ Hmong | ☐ Taiwanés |
| ☐ Indonesio | ☐ Tailandés |
| ☐ Japonés | ☐ Tibetano |
| ☐ Coreano | ☐ Vietnamita |
- ☐ Asiático Anote: _____

Hawaiano u otro isleño del pacífico

- ☐ Hawaiano u otro isleño del pacífico
- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Carolinense | ☐ Palauano |
| ☐ Chamorro | ☐ Papuano |
| ☐ Chuukense | ☐ Pohnpeiano |
| ☐ Oriundo de Fiji | ☐ Samoyano |
| ☐ i-Kiribati/Gilbertense | ☐ Salomonense |
| ☐ Oriundo de Kosrae | ☐ Tahitiano |
| ☐ Maorí | ☐ Tokelauense |
| ☐ Marshallés | ☐ Tongano |
| ☐ Hawaiano Nativo | ☐ Tuvaluano |
| ☐ Oriundo de Ni-Vanuatu | ☐ Yapesense |
- ☐ Isleño del pacífico Anote: _____

Parte II (Continúa) Puede escoger categorías y anotar (marque todo lo que aplique)**¿Qué raza(s) considera que es su estudiante ?****Negro o Afroamericano**☐ Negro/Afroamericano☐ Afroamericano☐ Afrocanadiense**Caribeño**☐ Anguilense☐ Antiguanu☐ Bahameño☐ Barbadosense☐ San Bartolomeño☐ Isleño de las Virgenes Británicas☐ Caimanés☐ Cuba-dominicano☐ Dominicano☐ Antillano holandés☐ Granandiense☐ Guadelupense☐ Haitiano☐ Jamaiquino☐ Oriundo de Martinica☐ Montserratino☐ Puertorriqueño☐ Caribeño Anote: _____**Centroafricano**☐ Angolano☐ Camerunés☐ Afrocentral☐ Chadiano☐ Congoleño☐ (Republica del Congo)☐ oCongoleño☐ (Rep. Democrática del Congo)☐ Guineo-ecuadoriano☐ Gabonés☐ Sao Tomean☐ Oriundo de Principe☐ Afrocentral Anote: _____**Sudafricano**☐ Botsuano☐ Lesotense☐ Nambiano☐ Sudafricano☐ Suazi☐ Sudafricano☐ Anote: _____**Afro-oriental**☐ Burundés☐ Comorense☐ Djiboutiano☐ Eritreo☐ Etiope☐ Keniano☐ Malgache☐ (Madagascar)☐ Malaui☐ Mauritano☐ Maorí (Mayotte)☐ Mozambique☐ Reunionesio☐ Ruandés☐ Oriundo de Seychellois☐ Somalí☐ Sud-sudanés☐ Sudanés☐ Ugandés☐ Tanzaniano☐ Zambiano☐ Zimbabuense☐ Afro-oriental☐ Anote: _____**Latinoamericano**☐ Argentino☐ Beliceño☐ Boliviano☐ Brasileño☐ Chileno☐ Colombiano☐ Costarricense☐ Ecuatoriano☐ Salvadoreño☐ Malvinense☐ Guienés Francés☐ Guatemalteco☐ Guayanés☐ Hondureño☐ Mexicano☐ Nicaragüense☐ Panameño☐ Paraguayo☐ Peruano☐ Oriundo de islas Georgia Sur e islas Sandwich Sur☐ Surinamés☐ Uruguayo☐ Venezolano☐ Latinoamericano☐ Anote: _____**Afro-occidental**☐ Beninés☐ Guineano-Bisáu☐ Burkinés☐ Caboverdiano☐ Marfileño☐ Gambiano☐ Ghanés☐ Liberiano☐ Maliense☐ Mauritano☐ Nigeriano (Niger)☐ Nigeriani (Nigeria)☐ SantaHeleno☐ Senegalense☐ Sierraleonés☐ Togolés☐ Afro-occidental☐ Anote: _____**Blanco**☐ Blanco**Europeo oriental**☐ Bosnio☐ Herzegovino☐ Polaco☐ Romano☐ Ruso☐ Ucraniano☐ Europeo oriental Anote: _____☐ Blanco Anote: _____**Medio oriental y Nordáfricano**☐ Argelino☐ Beberisco☐ Árabe☐ Asirio☐ Bahreiní☐ Bedouino☐ Caldeano/Arameo☐ Anote Medio Oriental: _____☐ Copto☐ Druso☐ Egipcio☐ Emirati☐ Iraní☐ Iraquí☐ Israelita☐ Jordanp☐ Kuwaití Kurdo☐ Libanés☐ Libio☐ Marroquí☐ Omani☐ Palestino☐ Nordafricano Anote: _____☐ Catari☐ Árabe Saudi☐ Sirio☐ Tunecino☐ Yemeni

Por ley, un estudiante (o el padre/tutor a nombre del estudiante) no requiere identificar su raza y/o etnia en los formularios escolares. Sin embargo, si un estudiante (o el padre/tutor a nombre del estudiante) no completa la pregunta de dos partes en raza y etnia, por ley, el personal escolar puede hacer "una identificación por observación" para seleccionar la raza y etnia del estudiante.



Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI, por sus siglas en inglés)
Encuesta de Idiomas en el Hogar

La Encuesta de idiomas en el Hogar se entrega a todos los alumnos que se inscriben en una escuela de Washington.

Nombre del alumno:		Grado:	Fecha:
Nombre del padre, madre o tutor legal _____ Firma del padre, madre o tutor legal _____			
Derecho a los servicios de traducción o interpretación Importante - Todos los padres tienen el derecho a la información sobre la educación de sus hijos en un idioma que puedan entender. Cuando el estudiante se inscribe a la escuela, la escuela le pregunta a usted que idioma prefiere para comunicarse con la escuela. Esto le ayuda a la escuela a identificar sus necesidades de idiomas para poder ofrecerle un intérprete o documentos traducidos sin costo alguno.	Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan. 1. ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela? (Skyward Fields - Student Language & Family Home Language) _____ a. ¿Necesita un intérprete? Sí ____ No ____. b. ¿Necesita documentos traducidos? Sí ____ No ____.		
Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.	2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero? (Skyward Field - Native) _____ 3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? (Skyward Field - Home) _____ NOTE TO 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 ML Department.		
Educación previa Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa: • Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela. • Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo. <i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i>	4. ¿En qué país nació su hijo? _____ 5. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos?? (Kindergarten – 12.o grado) ____ Sí ____ No Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____ 6. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.o grado) _____ Mes Día Año 7. Inmigrante: ¿Se ha mudado el padre/madre/tutor del niño/a debido a un empleo temporal en la agricultura o en la pesca? Sí ____ No ____		

Contacte a su escuela si tiene preguntas adicionales sobre este formulario o acerca de los servicios disponibles en la escuela de su hijo/a.

Firma	Confirmando que la información proporcionada en estos documentos es verídica y exacta. Entiendo que el proveer con información falsa pueden ser las bases para una revocación de la matriculación en el distrito escolar de Edmonds.	
	Firma de padres/tutores: _____	Fecha: _____

Sirviendo a las comunidades y estudiantes de Brier, Edmonds, Lynnwood, Mountlake Terrace, Woodway, y porciones de 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

Escuela: _____

Fecha esperada de inicio: _____

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Sexo	Género preferido	Grado
Nombre de padres/tutores	Teléfono	Email		
Nombre del proveedor de salud Teléfono	Nombre del dentista Teléfono			

ALERTA: La escuela debe saber las condiciones de **SALUD QUE AMENAZAN LA VIDA** del alumno (como alergias severas, asma, diabetes, convulsiones o u otro tipo de condiciones en riesgo). Esto requiere un plan de cuidado de emergencia por amenaza de vida, cualquier medicamento y suministros necesarios, y proveer órdenes para que estén listas antes de que el alumno entre a la escuela (RCW 28A. 210.320).

HISTORIAL MÉDICO - Debe firmar en la página 2

¿Tiene seguro médico? ☐ Si ☐ No

☐ NINGUNA CONDICIÓN CONOCIDA

Condiciones que amenazan la vida: Plan de cuidado requerido

- EG ☐ Anafilaxia (Epi-pen recetado)
 EK ☐ Diabetes Tipo 1
 NP ☐ Convulsiones (Medicamento de emergencia requerido)
 RG ☐ Asma Severo

Congenital / Genético

- AH ☐ Síndrome de Down
 AJ ☐ Trastorno del espectro del alcoholismo fetal

Sangre / Hematología

- BA ☐ Anemia
 BB ☐ Hemofilia
 BC ☐ Rasgos de anemia drepanocítica
 OJ ☐ Historial de hemorragias nasales severas

Cardiaco / Corazón

- CC ☐ Defecto cardíaco congénito
 CD ☐ Soplo cardíaco

Alergia, inmune, endocrino, metabólico y nutricional

- ED ☐ Alergia- Alimentos
 EE ☐ Alergia- Insectos
☐ Alergia- Otros
 EL ☐ Diabetes Tipo 2

Gastrointestinal, dental y oral

- GA ☐ Enfermedad celiaca
 GG ☐ Enumere intolerancias alimenticias:
 GL ☐ Intolerante a la lactosa
 GF ☐ Encopresis
 GO ☐ Constipación nica
 GH ☐ Reflujo gástrico
 GJ ☐ Enfermedad intestinal inflamatoria
 GK ☐ Síndrome del intestino irritable
☐ Una condición dental u oral

Musculo esquelético

- MC ☐ Reumatismo juvenil/artritis ideopática

Sistema nervioso

- NB ☐ Diagnosticado con ADHD/ADD
 NC ☐ Trastorno del espectro autista
 NE ☐ Parálisis cerebral
 NF ☐ Discapacidad del desarrollo
 NH ☐ Migrañas
 NI ☐ Dolores de cabeza recurrentes
 NP ☐ Trastorno convulsivo ☐ Actual ☐ Histórico
 NU ☐ Lastimadura traumática cerebral

Transplante

- OD ☐ Anote el organo(s): _____

Salud mental o del comportamiento

- PA ☐ Ansiedad
 PC ☐ Depresión
 PH ☐ Trastorno del sueño

Respiratorio / Respiración

- RG ☐ Asma – Actual
 RH ☐ Asma – Alguna vez diagnosticado
 RA ☐ Asma – Inducido por el ejercicio
 RE ☐ Condición reactiva de las vías respiratorias

Piel

- SB ☐ Eczema / Dermatitis por contacto / Soriasis

Renal / Riñón

Por favor anote: _____

Oídos / Auditivo

- YA ☐ Infección crónica de oídos ☐ Actual ☐ Histórico
 YB ☐ Discapacidad auditiva – Ayuda(s) auditivas, implante coclear

OJOS / Vista

- YF ☐ Usa lentes/de contacto
 YE ☐ Déficit de visión de los colores
 YD ☐ Discapacidad visual

OTRAS CONDICIONES:

Medicamentos/tratamientos en la escuela ☐ No ☐ Sí (se requiere de autorización escrita del proveedor de atención a la salud)

☐ Documentos completos requeridos para el medicamento en la escuela

Medicamento en casa ☐ No ☐ Sí Por favor anote medicamentos en casa: _____

ALERGIAS

¿Qué le causa reacciones alérgicas? _____

Fecha de las reacciones alérgicas más recientes: _____

Reacciones alérgicas:

☐ Urticaria ☐ Hinchazón de labios, boca, lengua, garganta ☐ Dificultad para respirar ☐ Nausea, calambres estomacales, vómito, diarrea

¿Esta reacción alérgica requirió de cuidado de emergencias? ☐ No ☐ Sí (Por favor explique) _____

¿Se ha realizado su estudiante una prueba de alergias? ☐ No ☐ Sí (¿Dónde y cuándo?) _____

Medicamentos para las alergias:

Nombre	Dosis	Frecuencia

ASMA

¿Qué causan los síntomas de asma? ☐ Infección respiratoria ☐ Polen/Moho ☐ Ejercicio ☐ Clima/temperatura ☐ Animales ☐ Humo

☐ Baja calidad del aire ☐ Olores Fuertes/perfumes, lociones

Fecha de diagnóstico: _____ Proveedor de salud que diagnosticó a su estudiante: _____

Medicamentos del asma:

Nombre	Dosis	Frecuencia

¿Usa su estudiante un espaciador/aerocámara con su inhalador? ☐ No ☐ Sí

¿Ha necesitado su estudiante esteroides orales (prednisone)? ☐ No ☐ Sí (¿Cuándo?) _____

¿Ha estado su estudiante hospitalizado por el asma? ☐ No ☐ Sí (por favor explique) _____

DIABETES

Fecha del diagnóstico: _____ Medicamento ☐ Oral _____ ☐ Insulina (tipo) _____

Equipo ☐ Inyector de insulina ☐ Bomba de insulina (tipo) _____ ☐ CGM (tipo) _____

¿Puede su estudiante verificar solo su BG (glucosa en la sangre)? ☐ No ☐ Sí

¿Puede su estudiante contar sus carbohidratos por sí mismo? ☐ No ☐ Sí

¿Puede su estudiante calcular solo sus dosis de insulina? ☐ No ☐ Sí

¿Puede su estudiante autoadministrarse su propia insulina? ☐ No ☐ Sí

CONVULSIONES

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

Frecuencia de actividad convulsiva: ☐ Una vez ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual

Tipo de convulsiones: _____

Medicamentos para las convulsiones:

Nombre	Dosis	Frecuencia

¿Ha tenido su estudiante convulsiones que requieran atención de emergencias/medicamento? ☐ No ☐ Sí ¿Cuándo? _____

Por favor explique: _____

Aparatos médicos	Stoma	Physical Activity/Mobility
☐ OLA ☐ Aparatos médicos	☐ OKA ☐ Gastrostomía	☐ Silla de ruedas
☐ OLB ☐ Desfibrilador interno automático	☐ OKB ☐ Colostomía	☐ 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: Los padres del Distrito Escolar de Edmonds
De parte de: El Departamento de Servicios de Salud Estudiantil

A partir del 1 de agosto del 2020, la ley estatal (RCW 28A.210.080) requiere que todos los registros de vacunación sean medicamente verificados para poder ingresar a la escuela. Este tipo de registros medicamente verificados incluye uno o más de los siguientes:

- Un Certificado de Estado de Vacunación (CIS por sus siglas en inglés) impreso desde el sistema MyIR del Departamento de Salud de Washington o un Certificado de Estado de Vacunación (CIS) de otro estado.
- Un Certificado de Estado de Vacunación (CIS) impreso desde el Sistema de Información de Vacunación (IIS por sus siglas en inglés).
- Una copia física del formulario del Certificado de Estado de Vacunación (CIS) con la firma de un proveedor de atención médica.
- Una copia física del Certificado de Estado de Vacunación (CIS) con los registros médicos de vacunación adjuntos de un proveedor de atención médica verificados y firmados por el personal de la escuela.

Requisitos

Un Certificado de Estado de Vacunación finalizado

El mes, el día y el año en que se administró cada dosis necesaria de una vacuna.

O

Comunicado a la escuela de que se ha iniciado una serie de vacunaciones

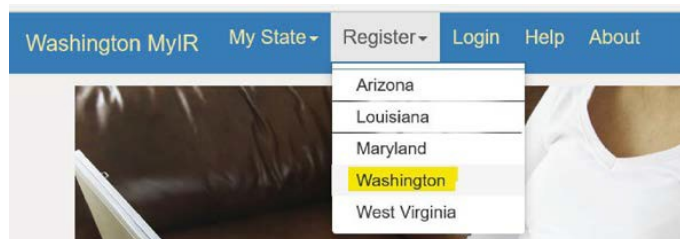
Esto se realizará de acuerdo con el calendario recomendado por su proveedor de atención médica. Las vacunas están disponibles a través de su proveedor de atención médica privada o pueden obtener las vacunas del Centro de Salud Comunitario del Condado de Snohomish. WWW.chcsno.org El estatus condicional sólo será concedido a los estudiantes si han comenzado la serie de una vacunación requerida que deben recibir. Como requisito para asistir a la escuela, todas las series de vacunación deben haberse completado o iniciado. Un registro medicamente verificado de este estado debe ser presentado a la escuela en o antes del primer día de asistencia.

O

Realizar un Certificado de Exención (C.O.E. por sus siglas en inglés) aparte del Certificado de Vacunación.

A licensed health care provider needs to sign the Certificate of Exemption for a parent or guardian to exempt their child from school requirements of vaccination. La firma verifica que el proveedor ha hablado con los padres o tutores sobre los beneficios y riesgos de la vacunación. Los padres o tutores también pueden entregar un documento firmado por un proveedor de atención médica en el que se indique la misma información. Si hay un brote en la escuela de cualquier enfermedad prevenible por vacunación, pero su estudiante está exento, su estudiante será excluido(a) de la escuela mientras dure el período del brote.

Cómo imprimir un certificado de vacunación desde MyIR, lo cual es la mejor opción para obtener los registros de vacunación de los estudiantes. Creen una cuenta en [MyIR \(Washington State Dept. of Health\)](http://MyIR (Washington State Dept. of Health)). *Departamento de Salud del Estado de Washington



Descarguen e imprimen el certificado de vacunación

Actualización de los requisitos de vacunación del Departamento de Salud (DOH por sus siglas en inglés) de junio de 2021:

Todos los estudiantes inscritos en una escuela pública deben seguir las leyes de vacunación, incluso si participan en una escuela alternativa o en un programa del distrito. Esto incluye los programas de instrucción en el hogar, los programas vocacionales o técnicos, el programa Running Start y cualquier programa escolar virtual. Todos los estudiantes deberán tener un Certificado de Estado de Inmunización (CIS) y/o un Certificado de Exención (COE) rellenado en el registro de la escuela para participar en la formación y las actividades escolares.:

Padres, ¿sus hijos están listos para la escuela?

Vacunas obligatorias para el año escolar 2022-2023



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.

	DTaP/Tdap (difteria, tétanos, tos ferina)	Hepatitis B	Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)	MMR (sarampión, paperas, rubéola)	PCV (neumocócica conjugada)	Polio	Varicela
Prescolar Desde los 19 meses hasta antes de cumplir los 4 años el 01/09/2022	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 01/09/2022	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 9.º grado	5 dosis de DTaP* Más Tdap a partir de los 10 años	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria*	4 dosis	2 dosis**
De 10.º grado a 12.º grado	5 dosis de DTaP* Más 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.

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127.

Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (Washington Relay)

o enviar un correo electrónico a civil.rights@doh.wa.gov.

Certificado de Estado de Vacunación

Reviewed by: _____ Date: _____
Signed COE on File? ☐ Yes ☐ No

Imprima este formulario. Vea el reverso de este formulario para obtener instrucciones sobre cómo llenarlo o imprimirlo del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

Apellido del niño:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):
Autorizo a la escuela/establecimiento de cuidado infantil de mi hijo a agregar información sobre las vacunas en el IIS para ayudar a la escuela a mantener un registro de mi hijo.		Solo estado condicional: Reconozco que mi hijo está ingresando a la escuela/ establecimiento de cuidado infantil en estado condicional. Para que mi hijo permanezca en la escuela, debo proporcionar la documentación requerida de las vacunas en los plazos establecidos. Consulte en el reverso para obtener orientación sobre el estado condicional.	
X _____ Firma del padre, la madre o el tutor		X _____ Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor si comienza en estado condicional	
		Fecha	

▲ Se requiere para la escuela • Se requiere para el establecimiento de cuidado infantil/preescolar	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
Vacunas obligatorias para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil						
•▲ DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)						
▲ Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) (a partir de 7.º grado)						
•▲ DT o Td (tétanos, difteria)						
•▲ Hepatitis B						
• Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)						
•▲ IPV (polio) (cualquier combinación de IPV/OPV)						
•▲ OPV (polio)						
•▲ MMR (sarampión, paperas, rubéola)						
• PCV/PPSV (antineumocócica)						
•▲ Varicela ☐ Antecedentes de la enfermedad verificados por el IIS						
Vacunas recomendadas (no se requieren para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil)						
COVID-19						
Gripe (influenza)						
Hepatitis A						
VPH (virus del papiloma humano)						
MCV/MPSV (meningococo tipo A, C, W, Y)						
MenB (meningococo tipo B)						
Rotavirus						

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)		
If the child named in this Certificate of Immunization Status (CIS) has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.		
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.		
☐ Diphtheria	☐ Hepatitis A	☐ Hepatitis B
☐ Hib	☐ Measles	☐ Mumps
☐ Rubella	☐ Tetanus	☐ Varicella
☐ Polio (all 3 serotypes must show immunity)		
Licensed Health Care Provider Signature Date		
Printed Name		

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.	Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____ If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.	
---	---	--

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 waisrecords@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	Hep A	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	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		

Si usted tiene una discapacidad y necesita este documento en otro formato, por favor llame al 1-800-525-0127 (servicio TDD/TTY 711).

DOH 348-013 June 2021