



EDMONDS SCHOOL DISTRICT

SERVICIOS PARA EL ESTUDIANTE

20420 68th Ave. W., Lynnwood, WA 98036-7400
425-431-7000 FAX 425-431-7339

Incluye a Brier, Edmonds, Lynnwood, Mountlake Terrace y Woodway

Estimado padre/madre/tutor legal:

El objetivo de esta carta es informarle respecto de una ley del estado de Washington, “Niños con afecciones con riesgo vital (Children with Life-Threatening Conditions)” (RCW 28A, 210 320), que ayudará a la escuela a mantener la salud y seguridad de los estudiantes durante la jornada escolar.

La ley define enfermedad con riesgo vital como “aquella afección que ponga al niño en peligro de muerte durante la jornada escolar si es que no se cuenta con un medicamento, orden de tratamiento o plan de enfermería”. Los estudiantes con afecciones con riesgo vital, como alergias graves por picaduras de abejas o por consumo de ciertos alimentos, asma grave, diabetes, convulsiones graves o cualquier otra afección de riesgo, deben contar con un medicamento u orden de tratamiento y un plan de enfermería antes de comenzar la escuela. El medicamento o la orden de tratamiento deben provenir del proveedor de atención médica autorizado (licensed health care provider (LHP)) del estudiante, que puede ser un médico, un asistente del médico, una enfermera especialista certificada, etc.

Para proteger la salud y la seguridad del estudiante en la escuela, en caso de que no se cuente con un medicamento o una orden de tratamiento, el director de la escuela debe excluir al estudiante hasta que se haya obtenido dicha orden. Este es un requisito que se aplica a los estudiantes con afección con riesgo vital que son nuevos en el distrito y a los estudiantes que ya están asistiendo a la escuela. Los procedimientos de exclusión se rigen por las normas estatales estipuladas por la Junta Estatal de Educación.

Si su hijo padece una afección con riesgo vital que pueda requerir de servicios médicos en la escuela, debe notificarle de inmediato al director de la escuela y a la enfermera escolar. Se entregarán los formularios necesarios y se acordará una hora de reunión con la enfermera escolar de su hijo.

Llame a la oficina principal de la escuela en caso de que tenga preguntas o inquietudes.

• NUESTRA MISIÓN •

GARANTIZAR que todos los estudiantes ACCEDAN a un entorno de aprendizaje que LES PERMITA a los estudiantes, al personal y a la comunidad MAXIMIZAR su potencial personal, creativo y académico para CONVERTIRSE en estudiantes y ciudadanos responsables.



**Escriba de manera clara con
letra de imprenta.**

Inscripción del alumno en la escuela primaria

For Office Use Only

Received: _____ Time _____

Escuela _____ Fecha _____ Hora _____

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

Nombre del alumno: Apellido <u>LEGAL</u>		Nombre <u>LEGAL</u>	Segundo nombre <u>LEGAL</u>
Conocido también o previamente como		Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo M F
País de nacimiento (si es fuera de EE.UU.)		Grado al que ingresa	¿Cuándo fue la primera vez que el alumno asistió a la escuela en EE. UU.? (Mes/Año)
¿El alumno ha estado inscrito alguna vez en alguna escuela del Edmonds School District? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si responde Sí, ¿a qué escuela(s) asistió? _____			

¿Su hijo(a) ha recibido alguna vez alguno de los siguientes servicios?

- ELL/ESL Plan 504 Altamente capaz Otro (especificar):
 Educación especial (IEP) Escuela/programa alternativos

Su hijo(a), ¿asistirá **SIMULTÁNEAMENTE** a otra escuela mientras esté inscrito en Edmonds School District?

- Sí NO

Si responde Sí, ¿en qué otra escuela inscribirá el alumno?

Indique si su hijo alguna vez

- Asistió a un grado avanzado:
 Repitió un grado:

Se deben completar las dos preguntas.*

PREGUNTA 1. ¿Su hijo(a) es de origen hispano o latino? (Marque todas las que correspondan).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No es hispano/latino (10) | <input type="checkbox"/> Mexicano/mexicano americano/chicano (30) |
| <input type="checkbox"/> Cubano (55) | <input type="checkbox"/> Centroamericano (75) |
| <input type="checkbox"/> Dominicano (60) | <input type="checkbox"/> Sudamericano (80) |
| <input type="checkbox"/> Español (65) | <input type="checkbox"/> Latinoamericano (85) |
| <input type="checkbox"/> Puertorriqueño (70) | <input type="checkbox"/> Otro origen hispano/latino (90) |

PREGUNTA 2. ¿A qué raza considera que pertenece su hijo? (Marque todas las que correspondan).

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Afroamericano/negro (200) | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái (605) | <input type="checkbox"/> Muckleshoot (436) | <input type="checkbox"/> Otro indio del estado de Washington (495) |
| <input type="checkbox"/> Blanco (300) | <input type="checkbox"/> Fiyiano (615) | <input type="checkbox"/> Nisqually (439) | <input type="checkbox"/> Otro indio americano:
Pueblos indígenas de América del Norte, Centroamérica, Sudamérica o América Latina (quienes no seleccionen una de las tribus estatales reconocidas por el gobierno federal). (499) |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático (505) | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro (620) | <input type="checkbox"/> Nooksack (442) | |
| <input type="checkbox"/> Camboyano (507) | <input type="checkbox"/> Nativo de las Islas Marianas (625) | <input type="checkbox"/> Port Gamble Klallam (445) | |
| <input type="checkbox"/> Chino (510) | <input type="checkbox"/> Melanesio (630) | <input type="checkbox"/> Puyallup (448) | |
| <input type="checkbox"/> Filipino (520) | <input type="checkbox"/> Micronesio (632) | <input type="checkbox"/> Quileute (451) | |
| <input type="checkbox"/> Hmong (525) | <input type="checkbox"/> Samoano (635) | <input type="checkbox"/> Quinault (454) | |
| <input type="checkbox"/> Indonesio (530) | <input type="checkbox"/> Nativo de Tonga (640) | <input type="checkbox"/> Samish (457) | |
| <input type="checkbox"/> Japonés (535) | <input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico (699) | <input type="checkbox"/> Sauk-suiattle (460) | |
| <input type="checkbox"/> Coreano (540) | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska (405) | <input type="checkbox"/> Shoalwater (463) | |
| <input type="checkbox"/> Laosiano (545) | <input type="checkbox"/> Chehalis (410) | <input type="checkbox"/> Skokomish (466) | |
| <input type="checkbox"/> Malasio (550) | <input type="checkbox"/> Colville (413) | <input type="checkbox"/> Snoqualmie (469) | |
| <input type="checkbox"/> Pakistání (555) | <input type="checkbox"/> Cowlitz (416) | <input type="checkbox"/> Spokane (472) | |
| <input type="checkbox"/> Singapurense (560) | <input type="checkbox"/> Hoh (418) | <input type="checkbox"/> Nativo de la isla Squaxin (475) | |
| <input type="checkbox"/> Taiwanés (565) | <input type="checkbox"/> Jamestown (421) | <input type="checkbox"/> Stillaguamish (478) | |
| <input type="checkbox"/> Tailandés (570) | <input type="checkbox"/> Kalispel (424) | <input type="checkbox"/> Suquamish (481) | |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita (575) | <input type="checkbox"/> Lower Elwha (427) | <input type="checkbox"/> Swinomish (484) | |
| <input type="checkbox"/> Otro país asiático (599) | <input type="checkbox"/> Lummi (430) | <input type="checkbox"/> Tulalip (487) | |
| | <input type="checkbox"/> Makah (433) | <input type="checkbox"/> Upper Skagit (488) | |
| | | <input type="checkbox"/> Yakama (490) | |

*La información de las preguntas 1 y 2 es necesaria para cumplir con los Requisitos federales y estatales de 2010 de información sobre orígenes étnicos.

Nombre del alumno _____ Escuela _____

¿Alguno de los padres alguna vez fue empleado de Edmonds School District o actualmente es empleado de dicho distrito? Sí No

Si responde Sí, ¿con qué cargo? _____

¿Alguno de los padres fue alumno de Edmonds School District? Sí No

De ser así, ¿cuál de los dos? Madre Padre **INFORMACIÓN DE LA FAMILIA PRINCIPAL**

La residencia principal de un alumno se define como el lugar físico donde se aloja durante CUATRO O MÁS noches por semana.

Padre de familia/ tutor legal 1	Apellido <u>LEGAL</u>		Nombre <u>LEGAL</u>		Segundo nombre <u>LEGAL</u>	
	Parentesco con el alumno		Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)		Dirección de correo electrónico	
	Teléfono de la casa () <input type="checkbox"/> Confidencial		Teléfono del trabajo () <input type="checkbox"/> Confidencial		Celular/buscapersonas () <input type="checkbox"/> Confidencial	
Padre de familia/ tutor legal 2	Apellido <u>LEGAL</u>		Nombre <u>LEGAL</u>		Segundo nombre <u>LEGAL</u>	
	Parentesco con el alumno		Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)		Dirección de correo electrónico	
	Teléfono de la casa () <input type="checkbox"/> Confidencial		Teléfono del trabajo () <input type="checkbox"/> Confidencial		Celular/buscapersonas () <input type="checkbox"/> Confidencial	
¿Qué número de teléfono debería estar incluido como el número de contacto principal? (marque una opción)						
Teléfono de la casa		Teléfono laboral		Teléfono celular		
Dirección residencial		Calle	Apart./Unidad		Ciudad	Estado y código postal
Dirección postal (si es distinta de la anterior)		Calle	Apart./Unidad Apartado postal		Ciudad	Estado y código postal

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA: confirmo que la información de residencia proporcionada en este formulario es veraz y precisa hasta esta fecha. Comprendo que la falsificación de una dirección, residencia o de las condiciones de la vivienda, o el uso de cualquier otro medio fraudulento para lograr obtener la asignación a la escuela ameritarán la revocación de esta inscripción. Dicha falsificación también provocará la pérdida de todo derecho futuro de transferencia hasta nivel de grado más alto de la escuela. Se requiere comprobante de residencia (cuenta de servicios públicos; constancia de propiedad o póliza de seguro;

constancia de alquiler o de arrendatario o recibo de pago; póliza de seguro de arrendatario).

ALUMNOS SIN HOGAR: si un alumno elegible no tiene hogar, el distrito no solicitará el comprobante de residencia ni otra información relacionada con una dirección e inscribirá al alumno, si el alumno o el padre de familia/tutor legal lo solicitan. Los alumnos sin residencia legal inscritos en un programa del distrito pueden continuar asistiendo a esa escuela hasta el final del año académico.

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

HERMANOS/AS (SI CORRESPONDE)

Enumere todos los hermanos/as que asisten al programa de Edmonds School District.

Nombre	Grado	Escuela	Nombre	Grado	Escuela

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA SECUNDARIA (SI CORRESPONDE)

Residencia de los padres/tutores que no tienen la custodia legal del alumno ni viven con éste O ubicación donde el alumno se aloja durante MENOS DE CUATRO noches por semana.

Padre de familia/ tutor legal 1	Apellido <u>LEGAL</u>		Nombre <u>LEGAL</u>		Segundo nombre <u>LEGAL</u>	
	Parentesco con el alumno		Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)		Dirección de correo electrónico	
	Teléfono de la casa () <input type="checkbox"/> Confidencial		Teléfono del trabajo () <input type="checkbox"/> Confidencial		Celular/buscapersonas () <input type="checkbox"/> Confidencial	
Padre de familia/ tutor legal 2	Apellido <u>LEGAL</u>		Nombre <u>LEGAL</u>		Segundo nombre <u>LEGAL</u>	
	Parentesco con el alumno		Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)		Dirección de correo electrónico	
	Teléfono de la casa () <input type="checkbox"/> Confidencial		Teléfono del trabajo () <input type="checkbox"/> Confidencial		Celular/buscapersonas () <input type="checkbox"/> Confidencial	
Dirección residencial		Calle	Apart./Unidad		Ciudad	Estado y código postal
Dirección postal (si es distinta de la anterior)		Calle	Apart./Unidad Apartado postal		Ciudad	Estado y código postal

Nombre del alumno _____ Escuela _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA - Otra persona que no sean los padres

En caso de emergencia, primero siempre intentaremos comunicarnos con los padres de familia o tutores legales. Enumere personas de su localidad (distintas de usted) generalmente ubicables durante la jornada escolar que hayan accedido a cuidar y transportar a su hijo en caso de una situación de emergencia o si se enferma o lesiona, y no podamos comunicarnos con usted.

Contacto de emergencia 1	Apellido <u>LEGAL</u>		Nombre <u>LEGAL</u>		Segundo nombre <u>LEGAL</u>	
	Parentesco con el alumno		Fecha de nacimiento (mes/día/año)		Dirección residencial Ciudad, estado y código postal	
	Teléfono de la casa ()		Teléfono del trabajo ()		Celular/buscapersonas ()	
Contacto de emergencia 2	Apellido <u>LEGAL</u>		Nombre <u>LEGAL</u>		Segundo nombre <u>LEGAL</u>	
	Parentesco con el alumno		Fecha de nacimiento (mes/día/año)		Dirección residencial Ciudad, estado y código postal	
	Teléfono de la casa ()		Teléfono del trabajo ()		Celular/buscapersonas ()	
Contacto de emergencia 3	Apellido <u>LEGAL</u>		Nombre <u>LEGAL</u>		Segundo nombre <u>LEGAL</u>	
	Parentesco con el alumno		Fecha de nacimiento (mes/día/año)		Dirección residencial Ciudad, estado y código postal	
	Teléfono de la casa ()		Teléfono del trabajo ()		Celular/buscapersonas ()	
Médico	Apellido		Nombre		Número de teléfono de contacto ()	
Hospital de preferencia (opcional)			Empresa de seguro médico y número de póliza (opcional)			

INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DIURNO¿El alumno asiste a una institución de cuidado infantil? SÍ NO Si responde SÍ, proporcione la siguiente información.¿Debe incluirse la guardería como contacto de emergencia? SÍ NO

Marque los días en que su hijo asistirá a la institución de cuidado infantil.

Antes de la escuela: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

Nombre del proveedor de cuidado infantil	Dirección del proveedor	Número de teléfono de contacto
--	-------------------------	--------------------------------

Después de la escuela: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

Nombre del proveedor de cuidado infantil	Dirección del proveedor	Número de teléfono de contacto
--	-------------------------	--------------------------------

ANTECEDENTES EDUCATIVOSEnumere todas las escuelas a las que ha asistido el alumno. Comience con la escuela más reciente. Adjunte otra hoja si fuera necesario.

Nombre de la escuela anterior/actual	Grados a los que asistió Fecha de ingreso: Fecha de retiro:	Ubicación de la escuela (ciudad y estado o país)	Número de teléfono ()
Nombre de la escuela anterior	Grados a los que asistió Fecha de ingreso: Fecha de retiro:	Ubicación de la escuela (ciudad y estado o país)	Número de teléfono ()
Nombre de la escuela anterior	Grados a los que asistió Fecha de ingreso: Fecha de retiro:	Ubicación de la escuela (ciudad y estado o país)	Número de teléfono ()
Nombre de la escuela anterior	Grados a los que asistió Fecha de ingreso: Fecha de retiro:	Ubicación de la escuela (ciudad y estado o país)	Número de teléfono ()
Nombre de la escuela anterior	Grados a los que asistió Fecha de ingreso: Fecha de retiro:	Ubicación de la escuela (ciudad y estado o país)	Número de teléfono ()

Escriba de manera clara con letra de imprenta.

Nombre del alumno _____

Escuela _____

ENCUESTA DE IDIOMA MATERNO (Responda en inglés.)

Office Use Skyward Box
1. Language 2. Native 3. Home

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA MATERNO REQUERIDA POR EL ESTADO - Es para el alumno WAC392-160-005

- | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1. ¿Qué idioma habla actualmente el alumno? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| 2. ¿En qué idioma aprendió a hablar primero su hijo? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| 3. ¿Qué idioma usa su hijo con más frecuencia en casa? | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

“Idioma materno” es el idioma que su hijo aprendió cuando comenzó a hablar. Si la respuesta a la pregunta 2 o 3 es un idioma que no es inglés, el alumno debe tomar la Prueba de nivel de dominio de inglés del estado de Washington.

4. ¿Qué idioma(s) usan el padre/madre/tutor con más frecuencia cuando hablan con su hijo? Inglés Otro: _____

Idioma materno del padre/madre/tutor: _____

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 5. ¿Necesita un intérprete (por ej., para las reuniones escolares), en caso de que haya uno disponible? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Necesita que se traduzcan los materiales oficiales de la escuela, en caso de que sea posible? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Indique el idioma preferido si marcó “sí” en las preguntas 5 o 6: _____

De acuerdo con la ley RCW 28A.225.330 del estado de Washington, responda las siguientes preguntas:

Adjunte más hojas si fuera necesario.

¿Tiene el alumno un historial de conducta violenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si responde Sí, explique.	
¿El alumno tiene alguna suspensión o expulsión previa, actual o pendiente en su escuela actual o anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si responde Sí, explique.	
¿Se ha retirado oficialmente al alumno de su escuela actual o anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Fecha: _____	¿Se ha realizado una petición para el alumno para el proceso Becca? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si responde Sí, ¿de qué distrito?

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Es uno de los padres militar activo? Sí NO Nombre de padre/madre: _____

¿Reside en una vivienda transitoria? Sí NO

¿Existe una orden judicial que restrinja/limite los derechos de los padres? Sí NO Si responde Sí, proporcione una copia.

¿Existe una orden de restricción en vigencia? Sí NO Si responde Sí, proporcione una copia.

Enumere y proporcione copias de cualquier otro documento legal que sea pertinente al alumno y la seguridad de éste.

Proporcione comentarios adicionales que nos permitan atender al alumno.

FIRMA

Doy fe de que la información en este documento está completa, es veraz y precisa, y que se puede verificar en las instituciones adecuadas. Comprendo que proveer información falsa puede provocar la revocación de la inscripción escolar en el Edmonds School District.

X _____
Firma del padre de familia/tutor legal

Fecha

¡Actualice su inscripción electoral! La oficina de la escuela lo puede ayudar.



ESCRIBA DE MANERA CLARA EN LETRA DE IMPRENTA

Anexo a la inscripción

Escuela _____ Grado escolar _____ Fecha _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Fecha estimada en la que el estudiante comenzará la escuela: _____

Nombre del padre/la madre/tutor legal (en letra de imprenta) _____

La siguiente información es importante para la salud y la seguridad de su hijo. Será enviada a la enfermera escolar.

Acepto que esta información se conserve en el registro escolar de mi hijo y que se comparta con el personal según sea necesario, para brindar un entorno seguro y saludable para mi hijo.

[] Prefiero hablar directamente con una enfermera escolar respecto de la información médica de mi hijo que se describe a continuación.

Comuníquese conmigo por teléfono al siguiente número: (_____) _____

Información médica

¿Su hijo padece una AFECCIÓN CON RIESGO VITAL? [] Sí [] No

Una AFECCIÓN CON RIESGO VITAL es aquella que pone al niño en peligro de muerte durante el día escolar si es que no se cuenta con un medicamento, orden de tratamiento o plan de enfermería. Los niños con AFECCIONES CON RIESGO VITAL, como alergias graves por picaduras de abejas o por consumo de ciertos alimentos, asma grave, diabetes, convulsiones graves o cualquier otra afección de riesgo, deben contar con un medicamento u orden de tratamiento y un plan de enfermería antes de comenzar la escuela. Notifique al personal de la oficina al momento de la inscripción. Deberá ponerse en contacto con su enfermera escolar antes de que el estudiante pueda asistir a la escuela.

¿Su hijo cuenta con seguro médico? [] Sí [] No En caso afirmativo, ¿qué tipo de seguro? _____

¿Su hijo ha sido hospitalizado por alguna afección médica? [] Sí [] No En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

Marque las afecciones que su hijo tiene o ha tenido:

- Trastorno por déficit de atención, Trastornos sanguíneos, Convulsiones/ataques, Problemas auditivos, Problema ortopédico/óseo, Trastorno por déficit de atención hiperactividad, Problemas intestinales, En tratamiento psicológico, Enfermedad cardíaca, Social/emocional/de conducta, Autismo, Cáncer, Diabetes, Enfermedad de los riñones/vejiga, Problemas de la vista

[] Alergia a: _____ ¿Grave? [] Sí [] No

[] Asma ¿Grave? [] Sí [] No ¿Fue hospitalizado por asma? [] Sí [] No ¿Qué dispara el asma de su hijo? (por ejemplo: el ejercicio, infecciones de las vías respiratorias superiores, alergias, emociones, etc.) _____

[] Otros problemas de salud: (especifique) _____

Nombre del proveedor de salud autorizado: (por ejemplo: M.D., D.O., A.R.N.P., P.A., etc.) Nombre: _____

Número de teléfono de contacto: (_____) _____

¿Qué realiza su hijo para controlar su propia afección? _____

¿Cómo puede ayudarlo la enfermera/el maestro en la escuela? _____

¿Qué síntomas deberíamos informarle a usted? _____

Indique todos los medicamentos que su hijo toma.

Medicamentos: _____ Para _____ [] En el hogar [] En la escuela

Medicamentos: _____ Para _____ [] En el hogar [] En la escuela

Los estudiantes que reciban medicamentos administrados por el personal escolar necesitan presentar un formulario de AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR MEDICAMENTOS completado y firmado por el proveedor de atención médica que trata al estudiante y por el padre, la madre o tutor legal. Puede solicitarle este formulario al personal de la oficina escolar.

Proporcione cualquier información que no se haya incluido anteriormente y que usted considere que debemos saber respecto de la salud física, emocional o mental del estudiante que pudiera afectar su rendimiento escolar o requerir de consideración especial (por ejemplo: limitación de actividades, eventos importantes en su vida, etc.).

Firma del padre/la madre/tutor legal _____ Fecha _____ ¿Permiso para examen auditivo?

[] White: Nurse Yellow: File

[] Sí [] No



Certificado del estado de vacunación (CIS)

Office Use Only:

Reviewed by: _____

Date: 01/23/201

Signed Cert. of Exemption on file? Yes No

Escriba con letra de molde. Al reverso encontrará instrucciones sobre cómo llenar este formulario u obtener un impreso del Registro de vacunación.

Apellido del niño(a): _____ Nombre: _____ Inicial del 2º nombre: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Sexo: _____

Símbolos abajo:
 ◆ Obligatoria para escuela y guardería/preescolar
 ● Obligatoria sólo para guardería/preescolar

Nombre del padre, madre o tutor (escriba con letra de molde): _____

Certifico que la información presentada en este formulario es correcta y verificable.

Firma obligatoria del padre, madre o tutor _____ Fecha _____

Vacuna	Dosis	Fecha		
		Mes	Día	Año
◆ Hepatitis B (Hep B)				
	1			
	2			
	3			
o Hep B - calendario alternativo de 2 dosis para adolescentes				
	1			
	2			
Rotavirus (RV1, RV5)				
	1			
	2			
	3			
◆ Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP, DTP, DT)				
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
◆ Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap, Td)				
	1			
	2			
● Haemophilus influenzae tipo b (Hib)				
	1			
	2			
	3			
	4			
● Infección neumocócica (PCV, PPSV)				
	1			
	2			
	3			
	4			

Vacuna	Dosis	Fecha			
		Mes	Día	Año	
◆ Polio / poliomielitis (IPV, OPV)					
	1				
	2				
	3				
	4				
Gripe / influenza (la vacuna más reciente)					
◆ Sarampión, paperas (parotiditis), rubéola (MMR)					
	1				
	2				
◆ Varicela o verifique la enfermedad en 1) a 4) ▶					
	1				
	2				
Hepatitis A (Hep A)					
	1				
	2				
Infección meningocócica (MCV, MPSV)					
	1				
Virus del papiloma humano (HPV)					
	1				
	2				
	3				
Office Use Only: Immunization information updated and verified with parent/guardian permission:					
Printed Staff Name _____		Date _____		Printed Staff Name _____	
Printed Staff Name _____		Date _____		Printed Staff Name _____	

Si el niño nombrado en este CIS tuvo varicela (y no la vacuna), deberán verificarse los antecedentes de la enfermedad. Marque la opción 1, 2, 3 ó 4 a continuación – véase el #5 al reverso.

1) Varicela verificada por un impreso del Registro de vacunación de "CHILD Profile"
Para ser válido deberá estar marcado como impreso (no a mano).

2) Varicela verificada por proveedor médico (PM)
Si elige esta casilla, marque el 2A ó el 2B abajo.
 2A) Nota firmada del PM adjunta O
 2B) PM firmó aquí y escribió su nombre abajo:

Firma del proveedor médico (PM) con licencia _____ Fecha (MD, DO, ND, PA, ARNP) _____
 Nombre del PM: _____

3) Varicela verificada por el personal escolar con el Registro de vacunación de "CHILD Profile"
Si elige esta casilla, el personal deberá escribir sus iniciales indicando que el padre, madre o tutor lo aprueba: _____ (iniciales) _____ (fecha)

4) Varicela verificada por padre o madre*
Si elige esta casilla, escriba la fecha o edad en que el niño(a) tuvo la enfermedad:
 Edad/fecha de la enfermedad: _____
 * **SÓLO** puede verificarla para algunos grados; véase el #5 (4) al reverso.

Si se puede demostrar mediante análisis de sangre (valor cuantitativo) que el niño es inmune y no ha recibido la vacuna, pídale a su PM que llene este recuadro. Documentación de inmunidad a la enfermedad

Certifico que se ha demostrado con pruebas de laboratorio que el niño nombrado en este CIS tiene inmunidad (valor cuantitativo) contra las siguientes enfermedades marcadas. El informe o informes de laboratorio firmados también deberán estar adjuntos.

<input type="checkbox"/> Difteria	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Polio	
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Rubéola	
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Tétanos	
<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Varicela	

Firma del proveedor médico (PM) con licencia _____ Fecha (MD, DO, ND, PA, ARNP) _____
 Nombre del PM: _____

Instrucciones para llenar el Certificado del estado de vacunación (CIS): obtenga un impreso del Registro de vacunación o llénelo a mano.

#1 Para imprimirlo con la información ya llenada: primero, pregunte en la oficina de su proveedor médico si ingresan los antecedentes de vacunación en el Registro de vacunación de "CHILD Profile" (base de datos de todo el estado de Washington). Si le dicen que sí, pídale imprimir el certificado CIS de "CHILD Profile" y así se llenará automáticamente la información de su hijo(a).

Asegúrese de revisar toda la información, **firmar y fechar el certificado CIS** en el recuadro superior derecho, y de devolverlo a la escuela o guardería. Si en la oficina de su proveedor médico no usan el sistema de "CHILD Profile", pídale una copia del registro de vacunación de su hijo(a) para que pueda llenarlo a mano usando los pasos #2 a 7 (a continuación):

EJEMPLO

#2 Para llenarlo a mano: escriba el nombre de su hijo(a), fecha de nacimiento, sexo y el nombre de usted en el recuadro superior.

#3 Escriba cada vacuna que su hijo recibió bajo la enfermedad correcta. Escriba el tipo de vacuna bajo la columna "Vacuna" y la fecha en que cada dosis se recibió en las columnas de "Mes", "Día" y "Año" (como mm/dd/aaaa). Por ejemplo, si la vacuna DTaP se recibió el 12 de enero, el 20 de marzo y el 1 de junio de 2011, escríbalo como se indica aquí -----▶

Vacuna	Dosis	Fecha		
		Mes	Día	Año
◆ Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP, DTP, DT)				
DTaP	1	01	12	2011
DTaP	2	03	20	2011
DTaP	3	06	01	2011

#4 Si su hijo recibe una vacuna múltiple (una inyección que lo protege contra varias enfermedades), consulte la Guía de referencia a continuación para anotar cada vacuna correctamente. Por ejemplo, anote Pediarix bajo Difteria, tétanos, tos ferina como **DTaP**, Hepatitis B como **Hep B**, y Polio como **IPV**.

#5 Si su hijo ha tenido varicela y no ha recibido la vacuna, **use sólo una** de estas cuatro opciones para anotar esto en el certificado CIS:

- 1) Si el certificado CIS de su hijo se imprime directamente del Registro de vacunación de "CHILD Profile" (con el sistema escolar o en la oficina de su proveedor médico), y se verifica la enfermedad, la casilla 1 se marca automáticamente. Para que sea válida, esta casilla deberá ser marcada mediante el impreso del Registro de vacunación (no a mano).
- 2) Si su proveedor médico (PM) puede verificar que su hijo ha tenido varicela, marque la casilla 2. Luego, marque ya sea el 2A para adjuntar una nota firmada de su PM, o el 2B si su PM firma y fecha en el espacio proporcionado. Asegúrese también de que se escriba el nombre completo de su PM.
- 3) Si el personal escolar accede al Registro de vacunación de "CHILD Profile" y puede verificar que su hijo ha tenido varicela, el personal marcará la casilla 3. Luego, el personal deberá escribir sus iniciales y la fecha para indicar que obtuvo la aprobación del padre, madre o tutor para marcar esta casilla (es decir, hacer este cambio) en el certificado CIS.
- 4) Si su hijo comenzó a asistir al jardín de infancia (kindergarten) en el año escolar 2008-2009 o posteriormente, usted **NO PUEDE** marcar esta casilla. Si su hijo comenzó a asistir al jardín de infancia antes del año escolar 2008-2009, marque esta casilla si usted sabe que él o ella ha tenido varicela. Si marca la casilla 4, también deberá escribir la edad o fecha aproximada en que su hijo tuvo varicela. Para averiguar qué grados exigen la vacuna contra la varicela (o antecedentes), consulte: <http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/schools/vaccine.htm>

#6 Documentación de inmunidad a la enfermedad: si se puede demostrar mediante análisis de sangre que su hijo tiene inmunidad (valor cuantitativo) y no ha recibido la vacuna, pídale a su proveedor médico (PM) llenar este recuadro. Pídale a su PM que marque las enfermedades correspondientes, que firme, feche y escriba su nombre en el espacio proporcionado, y que **adjunte los informes firmados del laboratorio**.

#7 Asegúrese de **firmar y fechar el certificado CIS** en el recuadro superior derecho, y de devolverlo a la escuela o guardería.

#8 Si una escuela o guardería hace un cambio en su certificado CIS, el personal escribirá su nombre y la fecha en el recuadro inferior de la columna de en medio para mostrar que usted dio su aprobación.

Guía de referencia

Guía de Referencia

Nombres comerciales de las vacunas en orden alfabético									
(Puede consultar listas actualizadas en http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)									
Nombre comercial	Vacuna	Nombre comercial	Vacuna	Nombre comercial	Vacuna	Nombre comercial	Vacuna	Nombre comercial	Vacuna
ActHIB	Hib	Engerix-B	Hep B	Ipol	IPV	Pentavalente	DTaP + Hep B + Hib	TriHIBit	DTaP + Hib
Adacel	Tdap	Fluarix	Gripe / flu (TIV)	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV o PPV23	Tripedia	DTaP
Afluria	Gripe / flu (TIV)	FluLaval	Gripe / flu (TIV)	Kinrix (Knrx)	DTaP + IPV	Prevnar	PCV o PCV7 o PCV13	Twinrix (Twnrx)	Hep A + Hep B
Boostrix	Tdap	FluMist	Gripe / flu (LAIV)	Menactra	MCV o MCV4	ProQuad (PrQd)	MMR + Varicela	Vaqta	Hep A
Cervarix	HPV2	Fluvirin	Gripe / flu (TIV)	Menomune	MPSV o MPSV4	Quadracel (Qdrcel)	DTaP + IPV	Varivax	Varicela
Comvax (Cmvx)	Hep B + Hib	Fluzone	Gripe / flu (TIV)	Pediarix (Pdrx)	DTaP + Hep B + IPV	Recombivax HB	Hep B		
Daptacel	DTaP	Gardasil	HPV4	PedvaxHIB	Hib	Rotarix	Rotavirus (RV1)		
Decavac	Td	Havrix	Hep A	Pentacel (Pntcl)	DTaP + Hib + IPV	RotaTeq	Rotavirus (RV5)		

Abreviaciones de las vacunas en orden alfabético							
(Puede consultar listas actualizadas en http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)							
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 (HAV) Hep B (HBV)	Hepatitis A Hepatitis B	MPSV o MPSV4	Vacuna antimeningocócica polisacárida	Rota (RV1 o RV5)	Rotavirus
DTaP	Difteria, tétanos, tos ferina acelular	Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	MMR / MMRV	Vacuna triple vírica contra sarampión, paperas (parotiditis), rubéola / más varicela	Td	Tétanos, difteria
DTP	Difteria, tétanos, tos ferina	HPV	Virus del papiloma humano	OPV	Vacuna antipoliomielítica oral	Tdap	Tétanos, difteria, tos ferina acelular
Gripe / flu (TIV o LAIV)	Vacuna antigripal / contra la influenza	IPV	Vacuna antipoliomielítica inactivada	PCV o PCV7 o PCV13	Vacuna antineumocócica conjugada	TIG	Concentrado de inmunoglobulinas antitetánicas
HBIG	Concentrado de inmunoglobulinas antihepatíticas B	MCV o MCV4	Vacuna antimeningocócica conjugada	PPSV o PPV23	Vacuna antineumocócica polisacárida	VAR o VZV	Varicela

Si tiene alguna discapacidad y necesita este documento en otro formato, no dude en llamar al 1-800-525-0127 (TDD/TTY 1-800-833-6388).

Spanish

DOH 348-013 January 2010

Padres de familia

¿Estan sus hijos listos para la escuela?



Vacunas requeridas para el ciclo escolar 2013-2014

Recursos para padres de familia y tutores legales

	Hepatitis B	DTaP/Td/Tdap* (Difteria, Tétanos, Tos Ferina)	Polio*	MMR (SPR-Sarampión, Paperas, Rubeola)	Varicela
Kínder – 5^o Grado	3 dosis	5 dosis	4 dosis	2 dosis	2 dosis O El doctor verifica la enfermedad
6^o Grado	3 dosis	5 dosis DTaP Y 1 dosis de Tdap	4 dosis	2 dosis	1 dosis O Padres verifican la enfermedad
7^o – 12^o Grado	3 dosis	5 dosis DTaP Y 1 dosis de Tdap	4 dosis	2 dosis	Recomendada pero no requerida.

* Las dosis de vacunas requeridas podrían ser menos de las que aquí se enlistan.

- Los estudiantes deben cumplir con los intervalos mínimos y edades para estar al día con los requisitos de vacunación. Si usted tiene preguntas sobre los requisitos de vacunación para el ingreso escolar, hable con su proveedor de salud o personal escolar capacitado.
- Encuentre información sobre otras vacunas recomendadas pero no requeridas para el ingreso escolar en: www.immunize.org/cdc/schedules/