



### Verificação da Declaração de Residência

Nome do(a) aluno(a):		Escola:	Série:
Endereço:	Cidade:	Estado:	código postal:
A fim de verificar a residênci cisa conter a data dentro do	a dentro do distrito, UMA documentação os últimos sessenta dias mostrando o no táveis como endereço residencial).	o atual da seguinte lista DEVE se	er fornecida. O documento pre
□ Declaração de segu □ Contrato de aluguel □ Conta de gás ou luz □ Conta de água □ Conta do refugo □ Conta de TV a cabo □ Conta telefônica pa □ Outros documentos □ Se você faz parte do Confidentiality Pro Program) que decla Edmonds. Você dev	com comprovante de aluguel atual e e Internet ra uma linha telefônica no endereço indi	cado eço do Estado de Washington rama de Privacidade do Endereo e o requisito para definir residên ecola a cada ano.	ço (Address Confidentiality cia no Distrito Escolar de
Se você não puder fornece falar sobre suas circunstâ	er nenhum dos itens mencionados an ncias e decidir sobre os próximos pa nomes de alunos adicionais neste endere	teriormente, por favor, entre e ssos.	m contato com a escola para
, -	Escola:		
Aluno(a):	Escola:	Data de nascimento	Série
Aluno(a):	Escola:	Data de nascimento	Série
indicado(s) e anexado(s) a e de residência e aceito fornec eu me mudar para fora dos e aprovado a fim de continu Falsificação de qualquer infe	e(s) mencionado(s) anteriormente res este pacote de matrícula. Eu notificarei a cer um novo comprovante de residência limites do distrito escolar, entendo que ar frequentando a escola indicada anter ormação ou documento requerido para v dem lá, pode resultar na revogação da i	escola no prazo de duas seman e uma declaração assinada e ato um Pedido de Transferência de iormente. verificação de residência, ou o u	nas após de qualquer mudança ualizada naquele momento. Se Escolha deve ser apresentado so do endereço de outra pes-
o Regulamento 3131).	dem la, pode resultar na revogação da i	Hatricula do(a) aldrio(a) no Distr	no Escolar de Edinorida (Veja
Nome impresso do pai/da m	ãe/do(a) tutor(a):		
Assinatura do pai/da mãe/do	o(a) tutor(a):	Data:	
Student(s) Request:	ce Use Only: Current Student –	•	V Address
	nt school through Grade 6_ remain in path, must apply for school change		2

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

<sup>\*\*</sup> A parte acima é só pra secretaria da escola

# Edmonds School District

## Questionário de Moradia para Estudantes



Preenche este formulário <u>SOMENTE S</u>E sua situação de moradia for transitória ou instável. Se você é proprietário, aluga ou arrenda sua vivenda, por favor NÃO preencha este formulário.

Se o ou a estudante vive em domicílio próprio ou alugado pelos pais ou tutores, você não precisa preencher este formulário, a

As respostas para as seguintes perguntas podem ajudar a determinar os serviços que este ou esta estudante pode se qualificar para receber de acordo com o McKinney-Vento Act (a Lei McKinney-Vento) 42 U.S.C. 11435. A Lei McKinney-Vento oferece serviços e apoio para crianças e jovens que vivem em situação de pobreza e não têm onde morar. (Veja o lado reverso para mais informação).

O Em um motel/hotel	O Um carro, estacionai	mento, acam	pame	nto, ou lug	gar sim
O Em um refúgio (curto prazo/longo prazo)	<ul> <li>Moradia transitória</li> </ul>				
O Passando de um lugar para outro	O Outro				
O Na vivenda ou apartamento de alguém com outra p	essoa/família				
O Em uma moradia com recursos inadequados (	falta de água, calefação, ele	etricidade, e	tc.)		
Nome do(a) Estudante (Sobrenome, Primeiro)	Escola	Série		Data de scimento	Idad
1:			/	/	
2:			/	/	
3:			/	/	
4:			/	1	
Estudantes adicionais O O ou a estudante está sozinho(a) (não mora com um O O ou a estudante está morando com um dos pais ou O O ou a estudante está em instituição de acolhin	n dos pais ou tutores legais) ı tutor(a) legal				
ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA ATUAL:					
O ou a estudante precisa de transporte para/da esco	ola: O Sim O Não				
NÚMERO DE TELEFONE OU NÚMERO DE CONTATO	D:NOME DO CON	ITATO:			
NÚMERO DE TELEFONE OU NÚMERO DE CONTATO Nome impresso do(s) pai(s)/tutor(es) legal(ais): (ou jovem sem acompanhamento)					

O(s) estudante(s) mencionado(s) acima têm irmãos/filhos mais jovens (ainda não em idade escolar) que precisam de avaliação de desenvolvimento, apoio comunitário ou encaminhamento para serviços para a primeira infância.

Por favor, devolva o formulário completo à sua escola. A escola enviará este formulário para o contato do distrito de pessoas sem moradia.

(só para o contato do distrito de pessoas sem moradia) For District Homeless Liaiso	on Only: For
data collection purposes and student information system coding	

O (N) Not Homeless O (A) Shelters O (B) Doubled-Up

(ou jovem sem acompanhamento)

O (C) Unsheltered O (D) Hotels/Motels O (E) Unaccompanied Youth

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

Para os propósitos deste título:

- (1) Os termos "matrícula" e "matrícula" incluem assistir às aulas e participar plenamente das atividades escolares..
- (2) O termo 'crianças e jovens sem-moradia' ---
  - (A) Significa indivíduos que não têm residência estável, regular e adequada à noite (no sentido da seção 103(a)(1)); e
  - (B) inclui -
    - (i) Crianças e jovens que estão compartilhando o alojamento de outras pessoas devido à perda de moradia, dificuldades econômicas ou uma razão semelhante; estão morando em motéis, hotéis, parques de trailers ou acampamentos devido à falta de acomodações alternativas adequadas; estão morando em refúgios de emergência ou transitórios; estão abandonados em hospitais;
    - (ii) Crianças e jovens que tenham uma residência de noite primária que seja um lugar público ou privado que não seja destinado ou normalmente utilizado como alojamento para dormir habitualmente para pessoas (no sentido da seção 103(a)(2)(C));
    - (iii) Crianças e jovens que vivem em carros, parques, espaços públicos, prédios abandonados, habitações de qualidade inferior, estações de ônibus ou trem, ou ambientes similares: e
    - (iv) Crianças migratórias (como tal termo é definido na seção 1309 da Lei do Ensino Fundamental e Secundário de 1965) que se qualificam como sem-moradia para os propósitos deste título porque as crianças estão vivendo em circunstâncias descritas nas cláusulas (i) a (iii).
- (6) O termo "jovem sem acompanhamento" inclui um jovem que não está sob a custódia física de um dos pais ou tutores.

#### **Recursos Adicionais**

Informações e recursos dos pais podem ser encontrados a seguir:

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





### Carta de Inscrição de Saúde do Aluno ou da aluna

O objetivo deste documento é coletar informações sobre os estudantes que têm necessidades de saúde. Por favor, preenche o formulário "Registro de Saúde do Aluno ou d aluna - HS 534", queira ou não seu aluno ou sua aluna tenha necessidades médicas que possam requerer cuidados diários ou de emergência para manter sua saúde e proteção. Como pais/tutores, é importante estar consciente do que é exigido por lei antes que seu aluno ou sua aluna possa iniciar a escola.

### Condições Crônicas de Saúde

- Se seu filho ou sua filha tem uma condição de risco de vida que colocará ele ou ela em perigo de morte durante o dia escolar se não houver um medicamento ou tratamento; por favor, notifique a enfermeira da escola.
- Os alunos com condições de risco são requeridos a ter um medicamento e uma ordem de tratamento de um provedor de saúde licenciado e um plano de tratamento escolar implementado antes de começarem a escola.
- Forneça as mudanças necessárias que ocorrem durante o ano letivo, tanto com números de contato como com a condição de saúde de seu aluno ou sua aluna (por RCW 28.A.210.320).

### Administração de Medicamentos

- O medicamento deve ser enviado na embalagem original se for um medicamento de venda livre.
- Se for um medicamento prescrito, o frasco deve ser devidamente etiquetado e estar na embalagem original.
- Por favor, verifique as datas de vencimento. O pessoal da escola não está autorizado a dar medicamentos vencidos.
- É necessário um formulário de consentimento de medicação para qualquer medicação dada na escola. Assinaturas de um pai/mãe/tutor(a) e do provedor de saúde do aluno pu da aluna são necessárias para que QUALQUER medicamento seja administrado na escola. Isto inclui a prescrição de medicamentos, bem como de medicamentos não sujeitos a prescrição médica.
- Aceitam-se autorizações por fax dos pais e/ou médicos.

A política de medicamentos Edmonds pode ser visualizada no website do Distrito Escolar de Edmonds em Políticas e Procedimentos do Conselho Escolar (School Board Policies and Procedures).

Em caso de dúvidas ou perguntas, por favor entre em contato com a enfermeira da escola.

Atentamente,

Equipe de Serviços de Saúde (Health Services Team)





## Inscrição de saúde estudantil

Escola:	Data esperada	de início:				
Nome do(a) aluno(a)	Data de nascir	nento	Género	Género preferido	Série	
Nome do pai/da mãe/ tutor(a)	Número de tele	efone	E-mail			
Nome do prestador de serviços de saúde Número de telefone		Nome do(a) d Número de te				
ALERTA: A escola deve saber das condições o	de AMEAÇA DA VI	I <b>DA</b> (tais como			ões, ou	
outras condições de risco). Isto exige um Plano						
prestadores de serviços necessários para que s	seu/sua aluno(a) po	ossa frequenta	r a escola. (por	RCW 28A. 210.320).		
HISTÓRICO MÉDICO - Assinatura	reguerida na	n página 2		Seguro de saú	ıde □ Sim □No	
□ NENHUMA CONDIÇÃO JÁ CONHECIDA	<b>-</b>	Sistema ner	voso	<u>J</u>		
Condições de risco de vida: Plano de cuidad	do é necessário	NB □ AD	HD/ADD diagno	osticado		
EG □ Anafilaxias (Epi-pen prescrito)			-	ectro do Autismo		
EK □ Diabetes Tipo 1			ralisia Cerebral			
NP □ Convulsões (medicação de emergé	ncia necessária)		ficiência de Des	senvolvimento		
RG □ Asma - Severa			xaquecas	_		
			es de cabeça, F			
Congênita / Genética				vulsões □ Atual □ No passa	3DO	
AH □ Síndrome de Down		_	Fraumatismo cr	anioencetalico		
AJ   Desordem do espectro alcoólico fetal		Transplante	_ista de Órgãos			
Sangua / Hamatalagia			Lista de Orgaos	<b>.</b>		
Sangue / Hematologia BA □ Anemia		Saúde Menta	al ou Comport	amental		
BB - Hemofilia		PA 🗆 Ans				
BC □ Traço da doença de células falciforme	28	PC □ De	-			
JO □ Histórico de hemorragias nostálgicas		PH □ Dis	túrbio do Sono			
		Respiratório	/ Respiração			
Cardíaco / Coração			ma - Atual			
CC □ Defeito de coração de nascimento		RH □ Ası	ma - Sempre D	iagnosticada		
CD   Murmúrio cardíaco		RA □ Ası	ma - Exercício I	nduzido		
Alergia, imune, endócrina, metabólica e nuti	ricional	RE □ Do	ença reativa da	s vias aéreas		
ED  Alergia - Alimentos		Pele				
EE   Alergia - Inseto		SB □ I	Eczema / Derm	atite de contato / Psoríase		
□ Outras Alergias EL □ Diabetes Tipo 2		Renal / Rins				
Gastrointestinal, odontológica e oral			r, faça uma lista	n:		
GA \( \text{Celíaco}			~			
GG □ Lista de Intolerância em Alimentos:		Ouvido / Au		do Ouvido □ Atual □ No pas	seado	
GL □ Intolerância à lactose			•	o - Aparelho(s) Auditivo(s) I		
GF □ Encorpeis		10 000	noionto / taditive		Implanto Goolga	
GO □ Constipação Crônica		Olhos / Visã	o			
GH □ Refluxo gástrico		_	a óculos /contat			
GJ □ Doença inflamatória intestinal			fice de visão co	lorida		
GK □ Síndrome do Colón Irritável		YD  De	ficiência visual			
□ Condição Dentária / Oral		OUTPAS CON	IDICÕES:			
Musculoskeletal		OUTRAS CON	ibiçola			
MC □ Reumatoide Juvenil/ Artrite idiopática	I					
Madiana di dana	Na - Do	1				
Medicamentos/tratamentos na escola			escrito assinada	pelo prestador de serviços de	saude)	
□ Preencher a documentação necessária p	-	a could				
Medicamentos em casa □ Não □ Sim Fav	or tazer uma lista:					

ALERGÍAS O que causa reações alérgicas?		
Data da reação alérgica mais recente		
Reação alérgica:  □ Urticária □ Inchaço dos lábios, boca, língu	a, garganta □ Dificuldade em respirar □	Náusea, cólicas estomacais, vômitos, diarreia
Esta reação alérgica exigiu cuidados de emo	ergência?? □ Não □ Sim (Por favor, exp	olique)
Seu aluno teve um teste de alergia concluíd	o? □ Não □ Sim (Onde e quando?)	
Medicamentos para alergias:		
Nome	Doses	Frequência
A ASMA O que causa os sintomas da asma? □ Infec	ção respiratória □ Pólens/Moldes □ Exer	rcício □ Clima /Temperatura □ Animais □ Fumo □ Falta
de qualidade do ar □ Odores fortes /Perfume	es	
Data dos diagnósticos: Prov	vedor de saúde que diagnosticou o(a) al	uno(a):
Medicamentos para a asma:		
Nome	Doses	Frequência
Seu/sua aluno(a) usa um espaçador/câmara Seu/sua aluno(a) precisou de esteroides ora Seu/sua aluno(a) já esteve no hospital por a	is (ou seja: prednisona)? □ Não □	Sim Sim (Quando?) Sim (Por favor, explique)
DIABETES Data dos diagnósticos: Med	icamento □ Oral	□ Insulina (tipo)
Equipamento  Recipiente de insulina  Bor (tipo)		
Seu/sua aluno(a) pode verificar seu/sua pró Seu/sua aluno(a) pode contar carboidratos o Seu/sua aluno(a) pode calcular suas própria Seu/sua aluno(a) pode calcular suas própria	de forma independente? s doses de insulina independentemente	□ Não □ Sim □ Não □ Sim
CONVULÇÕES  Data da primeira convulsão:	_ Data da convulsão mais recente:	
Frequência da atividade de convulsão:   Un	na vez 🗆 Diário 🗆 Semanal 🗀 Mensal 🗆 🗸	Anual
Tipo de convulsões:		
Medicamentos de convulsão:		
Nome	Doses	Frequência
		sia? □ □ Não □ Sim Quando?
Por favor, explique:		
Dispositivos médicos OLA □ Estimulador de Nervo Vagal OLB □ Desfibrilador Cardíaco Interno Auto OLC □ Marca-passo OLD □ Tubo de gastrectomia OLE □ Tubo de jejum ostomia □ Aparelho de apoio □ Prótese - faça uma lista: □ Outros dispositivos médicos:	DESTOMA  OKA □ Gastrostomia  OKB □ Colostomia  OKD □ Traqueostomia  OKE □ Urostomia  OK □ Outros	Atividade física/mobilidade □ Cadeira de rodas □ Muletas □ Outros - faça uma lista:
Assinatura do Pai/ da Mãe/Tutor(a)		Data



Para: Pais de estudantes do distrito escolar de Edmonds

De: Departamento de Saúde Estudantil

Requisitos para matrícula na escola conforme a lei do estado de Washington (RCW 28A.210.080)

- Um Certificado de Situação de Imunização completo. Isso pode ser um dos seguintes:
  - Um CIS impresso do sistema MyIR do Departamento de Saúde de Washington ou um CIS de outro estado
  - > Uma cópia física do formulário CIS com a assinatura de um profissional de saúde
  - Uma cópia física do CIS com registros médicos de imunização acompanhantes de um profissional de saúde verificados e assinados por funcionários da escola

### OU

Notificação à escola de que uma série de imunização foi iniciada

Isso será concluído de acordo com o cronograma recomendado pelo seu médico. As imunizações estão disponíveis com seu médico particular ou você pode obter vacinas do Centro de Saúde Comunitário do Condado de Snohomish (Community Health Center of Snohomish County): <a href="https://www.chcsno.org">www.chcsno.org</a>. O status condicional só será concedido aos alunos se eles tiverem iniciado a série de uma imunização necessária que eles devem receber. Como requisito para frequentar a escola, todas as séries de imunização precisam estar completas ou iniciadas. Um registro médico verificado desse status deve ser apresentado à escola até o primeiro dia de frequência.

### OU

• Preencher um Certificado de Isenção (C.O.E.) além do Certificado de Imunização
Um médico licenciado precisa assinar o Certificado de Isenção para um pai ou responsável eximir seu filho dos requisitos de
imunização escolar. A assinatura verifica que o médico conversou com o pai ou responsável sobre os benefícios e riscos da
imunização. O pai ou responsável também pode entregar uma carta assinada de um médico com as mesmas informações. Se houver
uma surto na escola de qualquer doença prevenível por vacina para a qual seu estudante estiver isento, seu estudante será excluído da
escola durante o surto.

Imprimir um Certificado de Imunização do MyIR é a melhor opção para obter os registros de imunização dos estudantes.

Crie uma MyIR conta (Washington State Dept. of Health).



Atualização de requisitos de imunização do Departamento de Saúde (DOH) em junho de 2021:

Todos os estudantes matriculados em uma escola pública devem seguir as regras de imunização, mesmo que participem de um programa de escola alternativa ou distrital. Isso inclui programas de ensino em casa, programas profissionais ou técnicos, Running Start e qualquer programa de escola virtual. Todos os estudantes precisarão ter um Certificado de Status de Imunização (CIS) e/ou Certificado de Isenção (COE) concluído arquivado na escola para participar da instrução e atividades escolares.

# Pais – Os seus filhos estão prontos para a escola?

Imunizações obrigatórias para o ano escolar de 2023 2024



**Instruções:** para ver quais vacinas são obrigatórias para a escola, procure a série do seu filho na primeira coluna. Siga a linha correspondente na página para verificar a quantidade de vacinas obrigatórias para o seu filho entrar na escola.

	Difteria, tétano, coqueluche	Hepatite B	Haemophilus Sarampo, influenza tipo B caxumba, rubéola		Pneumocócica conjugada	Poliomielite	Varicela (catapora)
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
Pré-escola Dos 19 meses a <4 anos de idade até 01/09/2023	4 doses de DTaP	4 doses de DTaP 3 doses 3 ou 4 doses (dependende		1 dose	4 doses*	3 doses	1 dose**
Pré-escola/ Transicional Jardim de infância >4 anos de idade até 01/09/2023	5 doses de DTaP*	3 doses	3 ou 4 doses*  (dependendo da vacina) (Não é obrigatória para quem tem 5 anos de idade ou mais)	2 doses	4 doses* (Não é obrigatória para quem tem 5 anos de idade ou mais)	4 doses*	2 doses**
Do jardim de infância à 6º série	5 doses de DTaP*	3 doses	Não é obrigatória	2 doses	Não é obrigatória	4 doses*	2 doses**
Da 7ª série à 10ª série	5 doses de DTaP* <i>Mais</i> Tdap com idade igual ou superior aos 10 anos	3 doses	Não é obrigatória	2 doses	Não é obrigatória	4 doses*	2 doses**
Da 11ª série à 12ª série	5 doses de DTaP*  Mais Tdap com idade igual ou superior aos 7 anos	3 doses	Não é obrigatória	2 doses	Não é obrigatória	4 doses*	2 doses**

<sup>\*</sup>Podem ser aceitas menos doses de vacina do que a quantidade listada, dependendo de quando foram administradas.

Os alunos devem tomar as doses de vacina nos prazos corretos para estarem em conformidade com os requisitos da escola. Em caso de dúvidas, fale com o seu provedor de assistência médica ou com a equipe escolar.

Encontre informações sobre outras vacinas que não são obrigatórias para as escolas, mas são importantes, em: www.immunize.org/cdc/schedules.

<sup>\*\*</sup>A verificação do histórico de catapora pelos provedores de assistência médica também é aceitável.



# Certificado do Status de Imunização

Reviewed by:	Date:
Signed COE on Fi	le? □ Yes □ No

Sobrenome do filho:	Nome:		Inio	cial do nome do	meio:	Dat	ta de nascimento (	DD/MM/AAAA):	
Autorizo a escola/creche do meu filho a adicionar int Information System para ajudar a escola a manter un			unization	condicional. I	Para que o meu f	ilho permaneça na	o meu filho está en escola, devo forne o verso para orienta	cer a documentaçã	io necessária de
X Assinatura do pai/responsável			Data	X A assinat	ura do pai/resp	onsável é obrigat	ória no estado con	dicional	Data
▲ Obrigatório para escolas • Obrigatório para creche/pré-escola	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA		on of Disease Im	
Vacinas	obrigatórias pa	ra o ingresso en	escolas ou crec	ches			(Health care p	provider use onl	у)
• ▲ DTaP (difteria, tétano, coqueluche)								ned in this CIS h	
▲ Tdap (tétano, difteria, coqueluche) (a partir da 7ª série)							varicella (chicl	kenpox) disease o lood test (titer), i	or can show
• ▲ DT ou Td (tétano e difteria)								h care provider.	it must be ven
• ▲ Hepatite B							L certify that th	e child named o	n this CIS has:
Hib (Haemophilus influenzae tipo b)							I certify that the child named on this CIS has:  □ A verified history of varicella (chickenpox) disease.  □ Laboratory evidence of immunity (titer) to		
● ▲ IPV (Poliomielite) (qualquer combinação de IPV/OPV)									
• ▲ OPV (Poliomielite)							disease(s) mark	ked below.	
• ▲ MMR (sarampo, caxumba, rubéola)							□ Diphtheria	□ Hepatitis A	□ Hepatitis B
PCV/PPSV (pneumocócica)							□ Hib	□ Measles	□ Mumps
● ▲ Varicela (catapora)							□ Rubella	□ Tetanus	□ Varicella
☐ Histórico de doenças verificadas pelo Immunization Information System (IIS, Sistema de Informações sobre Imunização)							□Polio (all 3 se	erotypes must sh	ow immunity)
Vacinas recomendad	as (não são obri	igatórias para o	ingresso em esc	olas ou creches	s)				
COVID-19							<b>&gt;</b>		
Gripe (Influenza)									
Hepatite A							Licensed Health Care Provider Signature Date		
HPV (Vírus do Papiloma Humano)									
MCV/MPSV (doença meningocócica tipos A, C, W, Y)			Manually (	completed f	orm must h	ave doctor	<b>&gt;</b>		
MenB (doença meningocócica tipo B)			signature o	r medically	verified		<b>D</b>		
Rotavirus			immunizat	ion docume	ntation atta	ched.	Printed Name		
I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.  Healtl If verifiable.	h Care Provider	or School Offi	cial Name:	immunization	records must l	Signature e attached to this	:is document.	Date	e:

# Instruções para preencher o Certificate of Immunization Status (CIS, Certificado do Status de Imunização): Imprima o formulário do Immunization Information System (IIS, Sistema de Informações de Imunização) ou preencha à mão.

#### Para imprimir com as informações de imunização preenchidas:

Verifique se o seu provedor de assistência médica insere as imunizações no Immunization Information System de Washington (registro estadual de Washington). Em caso afirmativo, peça para que imprimam o CIS do IIS, e as informações de imunização do seu filho serão preenchidas automaticamente. Você também pode imprimir um CIS em casa ao se inscrever e fazer login no MyIR no site https://wa.myir.net. Se o seu provedor não utilizar o IIS, envie um e-mail ou ligue para o Department of Health (Departamento de Saúde) para obter uma cópia do CIS do seu filho: waiisrecords@doh.wa.gov ou 1-866-397-0337.

#### Para preencher o formulário à mão:

- 1. Imprima o nome e a data de nascimento do seu filho e assine o seu nome no espaço indicado na primeira página.
- 2. Indique a data de cada dose de vacina recebida nas colunas de datas (por exemplo, DD/MM/AA). Se o seu filho receber uma vacina combinada (uma dose que protege contra várias doenças), use as Orientações de Referência abaixo para registrar cada vacina corretamente. Por exemplo, registre Pediarix para difteria, tétano e coqueluche como DTaP, Hepatite B como Hep B e Poliomielite como IPV.
- 3. Se o seu filho teve catapora (varicela) e não tomou a vacina, um provedor de assistência médica deve verificar a infecção para atender aos requisitos da escola.
  - □ Se o seu provedor de assistência médica identificar que o seu filho teve catapora, peça a ele para assinalar a caixa na seção Documentation of Disease Immunity (Documentação de Imunidade da Doença) e assinar o formulário.
  - 🗆 Se os funcionários da escola acessarem o IIS e verificarem que seu filho já teve catapora, eles assinalarão a caixa relacionada à Varicela na seção de vacinas..
- 4. Se o seu filho mostrar imunidade positiva por meio de exame de sangue (título), peça ao seu provedor de assistência médica para assinalar as caixas das respectivas doenças na seção Documentation of Disease Immunity, assinar e colocar a data do dia no formulário. Você deve fornecer os relatórios de laboratório com este CIS.
- 5. Forneça os comprovantes dos registros verificados por um médico, seguindo as diretrizes abaixo.

#### Registros médicos aceitáveis

Todos os registros de vacinação devem ser verificados por um médico. Exemplos incluem:

- Um formulário impresso do Certificate of Immunization Status (CIS, Comprovante de Status de Imunização) com as datas de vacinação do State Immunization Information System (IIS, Sistema de Informações sobre Imunização) do Estado de Washington, do MyIR ou IIS de outro estado.
- Um CIS impresso preenchido com a assinatura de validação de um provedor de assistência médica.
- Um CIS impresso preenchido com os registros de vacinação anexados, impressos a partir do registro de saúde eletrônico de um provedor de assistência médica, com a assinatura ou o carimbo do provedor de assistência médica. O administrador da escola, enfermeiro ou pessoa designada deve verificar se as datas no CIS foram transcritas com precisão e fornecer uma assinatura no formulário.

#### Estado condicional

As crianças podem entrar e permanecer na escola ou na creche em estado condicional se estiverem atualizando as vacinas obrigatórias para o ingresso em escolas ou creches. (As doses das séries de vacinas são realizadas com intervalos mínimos, então, algumas crianças podem ter que esperar um período para conseguir terminar a vacinação. Isso significa que elas podem ingressar na escola enquanto aguardam a próxima dose necessária da vacina). Para ingressar na escola ou creche em estado condicional, uma criança deve ter tomado todas as doses de vacina as quais é elegível antes de começar a frequentar a escola ou creche.

Os alunos em estado condicional podem permanecer na escola enquanto aguardam a data mínima válida da próxima dose de vacina e têm mais 30 dias para entregar a documentação da vacinação. Se um aluno estiver atualizando várias vacinas, o estado condicional continuará de forma semelhante até que as séries de todas as vacinas obrigatórias estejam completas.

Se o período condicional de 30 dias expirar e a documentação não tiver sido entregue à escola ou creche, o aluno não terá mais o direito de frequentar a escola ou creche, de acordo com o RCW 28A.210.120. A documentação válida inclui comprovante de imunidade da doença em questão, registros médicos que mostrem a vacinação ou um certificate of exemption (COE, certificado de isenção) preenchido.

#### 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		