

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 de 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, vaya a este enlace <https://eds.ospi.k12.wa.us/ChoicetransferRequest>.**

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): _____

Correo electrónico del/la madre/padre/tutor _____

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 SchoolChange@edmonds.wednet.edu



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

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

Si el/la estudiante vive en una casa propiedad o alquilada por la/el madre/padre/tutor, no es necesario completar este formulario a menos que haya instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.). Si no posee/alquila su propia casa, verifique todo lo que se aplica a continuación:

- | | |
|---|---|
| ☐ En un motel/hotel o similar | ☐ Un automóvil, estacionamiento, campamento o semejante |
| ☐ En un refugio (corto plazo/largo plazo) | ☐ Vivienda de transición |
| ☐ Moverse de un lugar a otro para hospedaje | ☐ Otros _____ |
| ☐ En la casa o apartamento de otra persona con otra persona/familia | |
| ☐ En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.) | |

Nombre del estudiante (apellido, primero)	Escuela	Grado	Nacimiento	Edad

Estudiante(s) adicional(es): _____

- ☐ El/la estudiante no está acompañado (no vive con un/a madre/padre/tutor legal)
☐ El/la estudiante vive con un/a madre/padre/tutor legal
☐ El/la estudiante está en cuidado de crianza

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ACTUAL: _____

¿El/la estudiante necesita transporte hacia/desde la escuela?: ☐ Sí ☐ No

NÚMERO DE TELÉFONO O NÚMERO DE CONTACTO: _____

NOMBRE DEL CONTACTO: _____

Escriba el nombre de la/el madre/padre/tutor legal: _____
 (O jóvenes no acompañadas/os)

*Firma del/la madre/padre/tutor legal: _____ Fecha: _____
 (O jóvenes no acompañadas/os)

☐ Las/os estudiantes mencionadas/os anteriormente tienen hermanas/os o hijas/os menores (aún no de edad escolar) que necesitan pruebas de detección del desarrollo, apoyo comunitario o referencias a servicios para la primera infancia.

Por favor, devuelva el formulario completo a su escuela. La escuela enviará este formulario al Enlace de Personas sin Hogar del Distrito

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 |

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

Para efectos de este subtítulo:

(1) Los términos “inscripción” e inscripción incluyen asistir a clases y participar plenamente en las actividades escolares.

(2) El término niñas/os y jóvenes sin hogar’ —

(A) significa personas que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada (en el sentido de la sección 103(a)(1)); y

(B) incluye —

(i) niñas/os y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar; viven en moteles, hoteles, parques de casas rodantes o campamentos debido a la falta de alojamientos alternativos adecuados; viven en refugios de emergencia o transitorios; son abandonados en hospitales;

(ii) niñas/os y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no diseñado ni utilizado habitualmente como alojamiento regular para dormir para seres humanos (en el sentido de la sección 103 (a) (2) (C));

(iii) niñas/os y jóvenes que viven en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas deficientes, estaciones de autobús o tren, o entornos similares; y

(iv) niñas/os migratorios (según se define dicho término en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin hogar para los fines de este subtítulo porque las/os niñas/os viven en circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii).

(6) El término “no acompañado” incluye a un/a joven que no está bajo la custodia física de un/a madre/ padre/ tutor.

Recursos adicionales

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

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

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

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

HS-534SP
Carta de inscripción
sobre la salud del estudiante

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

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

Condiciones de salud crónicas

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

Administración de medicamentos

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

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

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

Atentamente,
El equipo de servicios de salud

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? ☐ Sí ☐ 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 OLA ☐ Aparatos médicos OLB ☐ Desfibrilador interno automático OLC ☐ Marcapasos OLD ☐ Sonda gástrica OLE ☐ Sonda yeyunostómica ☐ Frenos ☐ Prótesis – Anote: ☐ Otros aparatos médicos:	Estoma OKA ☐ Gastrostomía OKB ☐ Colostomía OKD ☐ Traqueostomía OKE ☐ Urostomía OK ☐ Otro	Actividad Física / Movilidad ☐ Silla de ruedas ☐ Muletas ☐ Otros – Anote:
--	---	--

Firma del madre/padre/tutor _____ Fecha _____

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

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

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

O

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

O

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

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

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

Vaya a *MyIR* para crear una cuenta (Departamento de Salud del Estado de Washington).

¿Cómo puede acceder a la información de vacunación de su familia?

- [Opción 1](#): Inscríbase en MyIR Móvil en MyIRmobile.com para ver e imprimir la información de inmunización de su familia, incluyendo las vacunas contra el COVID.
- [Opción 2](#): Visite su farmacia, clínica o escuela local.
- [Opción 3](#): Solicite una cartilla de vacunación completa de su proveedor de atención médica
- [Opción 4](#): Solicite una cartilla de vacunación completa del Departamento de Salud.

Descargue e imprima el certificado de vacunación.

Padres, ¿sus hijos están listos para la escuela?

Vacunas obligatorias para el año escolar 2024 2025



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

	Difteria, tétanos, tos ferina	Hepatitis B	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	Sarampión, paperas, rubéola	Neumocócica conjugada	Polio	Varicela
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
Prescolar Desde los 19 meses hasta antes de cumplir los 4 años el 01/09/2024	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 01/09/2024	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 11.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**
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.

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.
---	---

Manually completed form must have doctor signature or medically verified immunization documentation attached.

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, solicítele 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.myrir.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