

**Verificação da Declaração de Residência**

Nome do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

A fim de verificar a residência dentro do distrito, UMA documentação atual da seguinte lista DEVE ser fornecida. O documento precisa conter a data dentro dos últimos sessenta dias mostrando o nome e endereço do pai/da mãe/do(a) tutor(a) (os números das caixas postais não são aceitáveis como endereço residencial).

- Documentos de garantias (escrow), registro de hipoteca ou declaração
- Declaração de seguro residencial
- Contrato de aluguel com comprovante de aluguel atual
- Conta de gás ou luz
- Conta de água
- Conta do refugio
- Conta de TV a cabo e Internet
- Conta telefônica para uma linha telefônica no endereço indicado
- Outros documentos aprovados pela escola \_\_\_\_\_
- Se você faz parte do **Programa de Privacidade do Endereço do Estado de Washington (Washington State Address Confidentiality Program)**, a documentação oficial do Programa de Privacidade do Endereço (Address Confidentiality Program) que declara a área de matrícula da escola cumpre o requisito para definir residência no Distrito Escolar de Edmonds. Você deve enviar uma carta atualizada para a escola a cada ano.
- Verificação da convivência com \_\_\_\_\_. **Deve preencher o formulário P-110 de Declaração de Residência (Affidavit of Residency Form)**, disponível mediante solicitação na escola.

**Se você não puder fornecer nenhum dos itens mencionados anteriormente, por favor, entre em contato com a escola para falar sobre suas circunstâncias e decidir sobre os próximos passos.**

Por favor, indique a seguir os nomes de alunos adicionais neste endereço que freqüentam uma escola no Distrito Escolar de Edmonds.

Aluno(a): \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

Aluno(a): \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

Aluno(a): \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

Declaro que o(s) estudante(s) mencionado(s) anteriormente reside(m) no endereço de um dos documentos anteriormente indicado(s) e anexado(s) a este pacote de matrícula. Eu notificarei a escola no prazo de duas semanas após de qualquer mudança de residência e aceito fornecer um novo comprovante de residência e uma declaração assinada e atualizada naquele momento. **Se eu me mudar para fora dos limites do distrito escolar, entendo que um Pedido de Transferência de Escolha deve ser apresentado e aprovado a fim de continuar frequentando a escola indicada anteriormente, acesse este link <https://eds.ospi.k12.wa.us/ChoicetransferRequest>.**

Falsificação de qualquer informação ou documento requerido para verificação de residência, ou o uso do endereço de outra pessoa sem que realmente residem lá, pode resultar na revogação da matrícula do(a) aluno(a) no Distrito Escolar de Edmonds (veja o Regulamento 3131).

Nome impresso do pai/da mãe/do(a) tutor(a): \_\_\_\_\_

E-mail dos pais/responsáveis \_\_\_\_\_

Assinatura do pai/da mãe/do(a) tutor(a): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**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](mailto:SchoolChange@edmonds.wednet.edu)



**Preenche este formulário SOMENTE SE sua situação de moradia for transitória ou instável. Se você é proprietário, aluga ou arrenda sua vivenda, por favor NÃO preencha este formulário.**

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).

Se o ou a estudante vive em domicílio próprio ou alugado pelos pais ou tutores, você não precisa preencher este formulário, a menos que tenha recursos inadequados (falta de água, calefação, eletricidade, etc.). Se você não é proprietário/aluguelado de sua própria moradia, por favor, confirme tudo o que diz respeito a este assunto a seguir.

- Em um motel/hotel
- Em um refúgio (curto prazo/longo prazo)
- Passando de um lugar para outro
- Na vivenda ou apartamento de alguém com outra pessoa/família
- Em uma moradia com recursos inadequados (falta de água, calefação, eletricidade, etc.)
- Um carro, estacionamento, acampamento, ou lugar similar
- Moradia transitória
- Outro \_\_\_\_\_

Nome do(a) Estudante (Sobrenome, Primeiro)	Escola	Série	Data de Nascimento	Idade
1:			/ /	
2:			/ /	
3:			/ /	
4:			/ /	

Estudantes adicionais \_\_\_\_\_

- O ou a estudante está sozinho(a) (não mora com um dos pais ou tutores legais)
- O ou a estudante está morando com um dos pais ou tutor(a) legal
- O ou a estudante está em instituição de acolhimento

ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA ATUAL: \_\_\_\_\_

O ou a estudante precisa de transporte para/da escola:  Sim  Não

NÚMERO DE TELEFONE OU NÚMERO DE CONTATO: \_\_\_\_\_ NOME DO CONTATO: \_\_\_\_\_

Nome impresso do(s) pai(s)/tutor(es) legal(ais): \_\_\_\_\_  
(ou jovem sem acompanhamento)

\* Assinatura dos Pais/Tutores legais: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
(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 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.**

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

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

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

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

O objetivo de enviarmos esse documento é coletar informações sobre os estudantes que possuem necessidades de saúde. Por favor, preencha o formulário “Registro de Saúde do Estudante - HS 534”, independentemente do aluno possuir ou não necessidades médicas que possam requerer cuidados diários ou de emergência para mantê-los saudáveis e seguros. Como pais/tutores, é importante estar consciente do que é exigido por lei antes que o(a) estudante possa iniciar as aulas.

### **Condições Crônicas de Saúde**

- Se seu filho ou sua filha tem uma condição de risco de vida que o colocará em perigo de morte durante o dia escolar caso não houver um medicamento ou tratamento adequado; por favor, notifique a enfermeira da escola.
- Estudantes com condições de risco devem ter medicação e uma instrução de tratamento de um profissional de saúde licenciado, além de um plano de cuidados escolar estabelecido antes de começarem a frequentar a escola.
- Forneça as mudanças necessárias que ocorram durante o ano letivo, seja referente aos números de contato ou referente à condição de saúde do(a) estudante. (por RCW 28.A.210.320).

### **Administração de Medicamentos**

- O medicamento deve ser enviado na embalagem original se for um medicamento de venda sem receita.
- Se for um medicamento prescrito, o frasco deve estar devidamente rotulado e estar na embalagem original.
- Por favor, verifique as datas de vencimento. Os funcionários da escola não estão autorizados a dar medicamentos vencidos.
- É necessário um formulário de consentimento de medicação para qualquer medicação dada na escola. **Assinaturas de um pai/mãe/tutores E do provedor de saúde do aluno são necessárias para que QUALQUER medicamento seja administrado na escola. Isso inclui medicamentos com prescrição médica, bem como medicamentos sem receita.**
- Aceitamos autorizações via fax dos pais e/ou médicos.

A política de medicamentos da Edmonds pode ser visualizada no website da Edmonds School District 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.

Atenciosamente,  
Equipe de Serviços de Saúde (Health Services Team)

Escola: \_\_\_\_\_

Data esperada de início: \_\_\_\_\_

Nome do(a) estudante	Data de nascimento	Gênero	Gênero de preferência	Série
Nome do pai/da mãe/ tutor(a)	Número de telefone	E-mail		
Nome do prestador de serviços de saúde Número de telefone	Nome do(a) dentista Número de telefone			

**ALERTA:** A escola deve saber das condições de **RISCO DE VIDA** (tais como alergias graves, asma, diabetes, convulsões, ou outras condições de risco). Pois isso exige um Plano de Emergência com Risco à Vida e qualquer medicação, suprimentos e pedidos de prestadores de serviços são necessários antes que o(a) estudante possa frequentar a escola. (por RCW 28A. 210.320).

**HISTÓRICO MÉDICO - Assinatura requerida na página 2**

 Plano de saúde  Sim  Não

 **NENHUMA CONDIÇÃO JÁ CONHECIDA**
**Condições de risco de vida: Plano de cuidado é necessário**

- EG**  **Anafilaxias (Epi-pen prescrito)**  
**EK**  **Diabetes Tipo 1**  
**NP**  **Convulsões (medicação de emergência necessária)**  
**RG**  **Asma - Severa**

**Congênita / Genética**

- AH**  Síndrome de Down  
**AJ**  Desordem do espectro alcoólico fetal

**Sangue / Hematologia**

- BA**  Anemia  
**BB**  Hemofilia  
**BC**  Traço Falciforme  
**OJ**  Histórico de hemorragias nasais graves

**Cardíaco / Coração**

- CC**  Defeito de coração de nascimento  
**CD**  Sopro cardíaco

**Alergia, imune, endócrina, metabólica e nutricional**

- ED**  Alergia - Alimentos  
**EE**  Alergia - Inseto  
 Outras Alergias  
**EL**  Diabetes Tipo 2

**Gastrointestinal, odontológica e oral**

- GA**  Celíaco  
**GG**  Lista de Intolerância em Alimentos: \_\_\_\_\_  
**GL**  Intolerância à lactose  
**GF**  Encoprese  
**GO**  Constipação Crônica  
**GH**  Refluxo gástrico  
**GJ**  Doença inflamatória intestinal  
**GK**  Síndrome do Intestino Irritável  
 Condição Dentária / Oral

**Musculoesquelética**

- MC**  Reumatoide Juvenil/ Artrite idiopática

**Sistema nervoso**

- NB**  ADHD/ADD diagnosticado  
**NC**  Transtorno do Espectro do Autismo  
**NE**  Paralisia Cerebral  
**NF**  Deficiência de Desenvolvimento  
**NH**  Enxaquecas  
**NI**  Dores de cabeça, Recorrentes  
**NP**  Transtorno de convulsões  Atualmente  No passado  
**NU**  Traumatismo craniano

**Transplante**

- OD**  Lista de Órgãos: \_\_\_\_\_

**Saúde Mental ou Comportamental**

- PA**  Ansiedade  
**PC**  Depressão  
**PH**  Distúrbio do Sono

**Respiratório / Respiração**

- RG**  Asma - Atualmente  
**RH**  Asma - Diagnosticada alguma vez  
**RA**  Asma - Exercício Induzido  
**RE**  Doença reativa das vias aéreas

**Pele**

- SB**  Eczema / Dermatite de contato / Psoríase

**Renal / Kidney**

Por favor, faça uma lista: \_\_\_\_\_

**Ouvido / Audição**

- YA**  Infecção Crônica do Ouvido  Atualmente  No passado  
**YB**  Deficiente Auditivo -  
 Aparelho(s) Auditivo(s) Implante Coclear

**Olhos / Visão**

- YF**  Usa óculos / lente contatos  
**YE**  Discromatopsia/Daltonismo  
**YD**  Deficiência visual

**OUTRAS CONDIÇÕES:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos/tratamentos na escola**  Não  Sim (exige autorização por escrito assinada pelo prestador de serviços de saúde)

 Preencher a documentação necessária para a medicação na escola

 Medicamentos em casa  Não  Sim Favor fazer uma lista: \_\_\_\_\_

## ALERGIAS

O que causa reações alérgicas? \_\_\_\_\_

Data da reação alérgica mais recente: \_\_\_\_\_

Reação alérgica:

Urticária  Inchaço dos lábios, boca, língua, garganta  Dificuldade em respirar  Náusea, cólicas estomacais, vômitos, diarreia

Esta reação alérgica exigiu cuidados de emergência?  Não  Sim (Por favor, explique) \_\_\_\_\_

O aluno teve um teste de alergia concluído?  Não  Sim (Onde e quando?) \_\_\_\_\_

### Medicamentos para alergias:

Nome	Doses	Frequência

## ASMA

O que causa os sintomas da asma?  Infecção respiratória  Pólen/Moldes  Exercício  Clima /Temperatura  Animais  Fumo

Falta de qualidade do ar  Odores fortes /Perfumes

Data dos diagnósticos: \_\_\_\_\_ Provedor de saúde que diagnosticou o(a) estudante: \_\_\_\_\_

### Medicamentos para a asma:

Nome	Doses	Frequência

O(A) estudante usa um espaçador/câmara de ar com seu inalador?  Não  Sim

O(A) estudante precisou de esteroides orais (como prednisona)?  Não  Sim (Quando?) \_\_\_\_\_

O(A) estudante já esteve no hospital por asma?  Não  Sim (Por favor, explique) \_\_\_\_\_

## DIABETES

Data dos diagnósticos: \_\_\_\_\_ Medicamento  Oral \_\_\_\_\_  Insulina (tipo) \_\_\_\_\_

Equipamento  Recipiente de insulina  Bomba de insulina (tipo) \_\_\_\_\_

Monitor de glicose contínuo (CGM) (tipo) \_\_\_\_\_

O(A) estudante poder verificar seu/sua próprio(a) BG (Glicose no sangue) independentemente?  Não  Sim

O(A) estudante pode contar carboidratos de forma independente?  Não  Sim

O(A) estudante pode calcular suas próprias doses de insulina independentemente?  Não  Sim

O(A) estudante pode autoadministrar insulina de forma independentemente?  Não  Sim

## CONVULSÕES

Data da primeira convulsão: \_\_\_\_\_ Data da convulsão mais recente: \_\_\_\_\_

Frequência da atividade de convulsão:  Uma vez  Diário  Semanal  Mensal  Anual

Tipo de convulsões: \_\_\_\_\_

### Medicamentos de convulsão:

Nome	Doses	Frequência

O(A) estudante teve uma convulsão que exigiu cuidados/medicação de emergência?  Não  Sim Quando? \_\_\_\_\_

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

Dispositivos médicos	Estômago	Atividade física/mobilidade
<input type="checkbox"/> OLA <input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo Vagal <input type="checkbox"/> OLB <input type="checkbox"/> Desfibrilador Cardíaco Interno Automático <input type="checkbox"/> OLC <input type="checkbox"/> Marca-passo <input type="checkbox"/> OLD <input type="checkbox"/> Tubo de gastrostomia <input type="checkbox"/> OLE <input type="checkbox"/> Tubo de jejunostomia <input type="checkbox"/> Aparelho <input type="checkbox"/> Prótese - faça uma lista: _____ <input type="checkbox"/> Outros dispositivos médicos: _____	<input type="checkbox"/> OKA <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> OKB <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> OKD <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> OKE <input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> 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): [WWW.chcsno.org](http://WWW.chcsno.org). 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.

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.

---

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

Crie uma [MyIR conta \(Washington State Dept. of Health\)](#).

Acesse as informações de imunização da sua família

Opção 1: Inscreva-se no MyIR Mobile em [MyIRmobile.com](http://MyIRmobile.com) para visualizar e imprimir as informações de imunização de sua família.

Opção 2: Visite sua farmácia, clínica ou escola local

Opção 3: Solicite um registro de imunização completo ao seu médico

Opção 4: Solicitar carteira de vacinação completa à Secretaria de Saúde

**Regenerate response**

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

## Imunizações obrigatórias para o ano escolar de 2024-2025



**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	<i>Haemophilus influenza</i> tipo B	Sarampo, caxumba, rubéola	Pneumocócica conjugada	Poliomielite	Varicela (catapora)
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
<b>Pré-escola</b> Dos 19 meses a <4 anos de idade até 01/09/2024	4 doses de DTaP	3 doses	3 ou 4 doses * (dependendo da vacina)	1 dose	4 doses*	3 doses	1 dose**
<b>Pré-escola/ Transicional Jardim de infância</b> >4 anos de idade até 01/09/2024	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**
<b>Do jardim de infância à 6ª série</b>	5 doses de DTaP*	3 doses	Não é obrigatória	2 doses	Não é obrigatória	4 doses*	2 doses**
<b>Da 7ª série à 11ª série</b>	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**
<b>12ª série</b>	5 doses de DTaP* <i>Mais</i> Tdap com idade igual ou superior aos 7 anos	3 doses	Não é obrigatória	2 doses	Não é obrigatória	4 doses*	2 doses**

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

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

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](http://www.immunize.org/cdc/schedules).

Para solicitar este documento em outro formato, ligue para 1-800-525-0127. Os clientes com deficiência auditiva deverão ligar para 711 (Washington Relay) ou enviar um e-mail para [doh.information@doh.wa.gov](mailto:doh.information@doh.wa.gov).

DOH 348-295 Dec. 2023 Portuguese (Brazil)





# Certificado do Status de Imunização

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Signed COE on File?  Yes  No

Imprima este formulário. Veja no verso as instruções sobre como preencher este formulário ou imprimi-lo pelo Immunization Information System (Sistema de Informações sobre Imunização) do Estado de Washington.

<b>Sobrenome do filho:</b>	<b>Nome:</b>	<b>Inicial do nome do meio:</b>	<b>Data de nascimento (DD/MM/AAAA):</b>
Autorizo a escola/creche do meu filho a adicionar informações de imunização no Immunization Information System para ajudar a escola a manter um registro do meu filho.		Apenas para estado condicional: reconheço que o meu filho está entrando na escola/creche em estado condicional. Para que o meu filho permaneça na escola, devo fornecer a documentação necessária de imunização nos prazos estabelecidos. Consulte o verso para orientações sobre estado condicional.	
X _____ <b>Assinatura do pai/responsável</b> <span style="float:right"><b>Data</b></span>		X _____ <b>A assinatura do pai/responsável é obrigatória no estado condicional</b> <span style="float:right"><b>Data</b></span>	

<input type="checkbox"/> Obrigatório para escolas • <input type="checkbox"/> Obrigatório para creche/pré-escola	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
<b>Vacinas obrigatórias para o ingresso em escolas ou creches</b>						
•▲ DTaP (difteria, tétano, coqueluche)						
▲ Tdap (tétano, difteria, coqueluche) (a partir da 7ª série)						
•▲ DT ou Td (tétano e difteria)						
•▲ Hepatite B						
• Hib ( <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)						
•▲ IPV (Poliomielite) (qualquer combinação de IPV/OPV)						
•▲ OPV (Poliomielite)						
•▲ MMR (sarampo, caxumba, rubéola)						
• PCV/PPSV (pneumocócica)						
•▲ Varicela (catapora) <input type="checkbox"/> Histórico de doenças verificadas pelo Immunization Information System (IIS, Sistema de Informações sobre Imunização)						
<b>Vacinas recomendadas (não são obrigatórias para o ingresso em escolas ou creches)</b>						
COVID-19						
Gripe (Influenza)						
Hepatite A						
HPV (Vírus do Papiloma Humano)						
MCV/MPSV (doença meningocócica tipos A, C, W, Y)						
MenB (doença meningocócica tipo B)						
Rotavirus						

**Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)**

If the child named in this 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.

<input type="checkbox"/> Diphtheria	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Rubella	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> 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.**

**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](mailto: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	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		

Caso você tenha alguma deficiência e precise deste documento em outro formato, ligue para 1-800-525-0127. (Usuários com deficiência de fala ou audição, ligar para 711).