



# ESCUELA PRIMARIA DE STILLWATER

## Lista de verificación para registro de Kinder

### FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor complete toda la información solicitada (3 hojas frente y parte posterior)

### CUESTIONARIO DE VIVIENDA DE ESTUDIANTE

Por favor complete la información solicitada siguiendo las instrucciones

### FORMA DE INMUNIZACIÓN

Por favor complete la siguiente información sobre la **necesaria** forma de Departamento de salud:

- 3 dosis de Hepatitis B
- 5 dosis contra la difteria, tétanos, tos ferina (DTP / DT / Td)
- Dosis 4 vacuna de Polio Oral (OPV) o 4 dosis de vacuna de Polio inactivada (IPV)
- 2 dosis de sarampión, paperas y rubéola (MMR)
- 2 dosis de varicela

*... Parents debe obtener un certificado de exención de médico de su hijo*

### COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO





# FORMULARIO DE REGISTRO DEL ALUMNO

**SW**

¿Asistió el alumno alguna vez a una escuela en el distrito escolar de Riverview?     Sí     No

<b>PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA</b>	Age/Name Doc. <input type="checkbox"/>	Proof of Residency <input type="checkbox"/>	Medical Alert <input type="checkbox"/>	Speech/SpED <input type="checkbox"/>	ELL <input type="checkbox"/>
Bus Route _____	Student Number _____	Advisor _____	Entry Date: _____		

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO (Escriba toda la información EN LETRA DE IMPRENTA)**

NOMBRE DEL ALUMNO: Apellido legal		Nombre legal	Segundo nombre legal	También se lo conoce como:
FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	SEXO (M/F)	LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad	Estado	Condado País
AÑO ACADÉMICO DE INGRESO		¿El alumno alguna vez repitió de año? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es sí, ¿qué años?:
¿El alumno alguna vez fue suspendido/expulsado por: Armas <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/>			Si la respuesta es sí, indique la fecha:	

**SERVICIOS PARA EL ALUMNO**

¿Su hijo alguna vez reunió los requisitos para participar en un <b>PROGRAMA DE EDUCACIÓN ESPECIAL</b> o estuvo inscrito en él? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su hijo alguna vez reunió los requisitos para acceder a los siguientes planes o los recibió:	un <b>PLAN 504?</b> <input type="checkbox"/> un <b>IEP</b> (plan de educación individual)? <input type="checkbox"/>
¿Participó su hijo alguna vez en alguno de los siguientes programas: <b>ELL</b> (estudiante de idioma inglés) <input type="checkbox"/>	
<b>Title/LAP</b> <input type="checkbox"/>	<b>para alumnos dotados</b> <input type="checkbox"/> <b>para alumnos con problemas de habla</b> <input type="checkbox"/>
¿Existen instrucciones especiales sobre creencias religiosas?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, proporcione la información a la escuela por escrito.	

**GRUPO ÉTNICO Y RAZA**

¿Su hijo es de origen hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí (complete las secciones 1 y 2) <input type="checkbox"/> No (complete la sección 2) 10				
<b>Sección 1: ORIGEN HISPANO O LATINO (Marque todas las opciones que correspondan)</b>				
<input type="checkbox"/> De América Central 75	<input type="checkbox"/> Dominicano 60	<input type="checkbox"/> Mexicano/Estadounidense de ascendencia mexicana/Chicano 30	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño 70	<input type="checkbox"/> Español 65
<input type="checkbox"/> Cubano 55	<input type="checkbox"/> Latinoamericano 85	<input type="checkbox"/> Sudamericano 80	<input type="checkbox"/> Otro origen hispano/latino 90	
<b>Sección 2: RAZA (Marque todas las opciones que correspondan)</b>				
<input type="checkbox"/> Afroamericano/negro 200	<input type="checkbox"/> Blanco 300			
<b>DE ORIGEN ASIÁTICO</b>				
<input type="checkbox"/> Indio asiático 505	<input type="checkbox"/> Filipino 520	<input type="checkbox"/> Japonés 535	<input type="checkbox"/> Malayo 550	<input type="checkbox"/> Taiwanés 565
<input type="checkbox"/> Camboyano 507	<input type="checkbox"/> Nativo de Hmong 525	<input type="checkbox"/> Coreano 540	<input type="checkbox"/> Paquistaní 555	<input type="checkbox"/> Tailandés 570
<input type="checkbox"/> Chino 510	<input type="checkbox"/> Indonesio 530	<input type="checkbox"/> Laosiano 545	<input type="checkbox"/> Singapurense 560	<input type="checkbox"/> Vietnamita 575
<b>NATIVO DE HAWAI O DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO</b>				
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai 605	<input type="checkbox"/> Nativo de Guam o Chamorro 620	<input type="checkbox"/> Nativo de las Islas Marianas 625	<input type="checkbox"/> Nativo de Micronesia 632	<input type="checkbox"/> Tongano 640
<input type="checkbox"/> Fiyiano 615	<input type="checkbox"/> Nativo de Melanesia 630	<input type="checkbox"/> Samoano 635	<input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico 699	
<b>INDIO ESTADOUNIDENSE O NATIVO DE ALASKA</b>				
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska 405	<input type="checkbox"/> Lower Elwha 427	<input type="checkbox"/> Puyallup 448	<input type="checkbox"/> Snoqualmie 469	<input type="checkbox"/> Upper Skagit 488
<input type="checkbox"/> Chehalis 410	<input type="checkbox"/> Lummi 430	<input type="checkbox"/> Quileute 451	<input type="checkbox"/> Spokane 472	<input type="checkbox"/> Yakama 490
<input type="checkbox"/> Colville 413	<input type="checkbox"/> Makah 433	<input type="checkbox"/> Quinalt 454	<input type="checkbox"/> Squaxin 475	<input type="checkbox"/> Otros nativos indígenas del estado de Washington 495
<input type="checkbox"/> Cowitz 416	<input type="checkbox"/> Muckleshoot 436	<input type="checkbox"/> Samish 457	<input type="checkbox"/> Stillaguamish 478	<input type="checkbox"/> Otros indios nativos/nativos de Alaska 499
<input type="checkbox"/> Hoh 418	<input type="checkbox"/> Nisqually 439	<input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle 460	<input type="checkbox"/> Suquamish 481	
<input type="checkbox"/> Jamestown 421	<input type="checkbox"/> Nooksack 442	<input type="checkbox"/> Shoalwater 463	<input type="checkbox"/> Swinomish 484	
<input type="checkbox"/> Kalispel 424	<input type="checkbox"/> Prt. Gmbl. Klallam 445	<input type="checkbox"/> Skokomish 466	<input type="checkbox"/> Tulalip 487	

Los nuevos requisitos federales indican que las respuestas "No sabe", "Multirracial" y "No se indica" no son respuestas válidas a las preguntas de identificación del origen étnico o la raza. Si los padres, los tutores o los alumnos no proporcionan la información sobre el origen étnico y la raza, los distritos tienen la responsabilidad de asignarles las categorías según la observación.



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

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

<b>Nombre del alumno:</b> _____		<b>Grado:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____
Nombre del padre, madre o tutor legal _____			
Firma del padre, madre o tutor legal _____			
<p><b>Derecho a los servicios de traducción o interpretación</b> Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.</p>	<p>Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan.</p> <p>1. ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela? _____</p>		
<p><b>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas</b> La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.</p>	<p>2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero? _____</p> <p>3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____</p> <p>4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____</p> <p>5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí ___ No ___ No sé ___</p>		
<p><b>Educación previa</b> Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brínden información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela.</li> <li>• Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo.</li> </ul> <p><i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i></p>	<p>6. ¿En qué país nació su hijo? _____</p> <p>7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ___Sí ___No</p> <p>Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____</p> <p>8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)</p> <p>_____</p> <p>Mes            Día            Año</p>		

Gracias por brindarnos la información necesaria en la Encuesta de Idiomas en el Hogar. Póngase en contacto con su distrito escolar si tiene más preguntas sobre este formulario o sobre los servicios que ofrece la escuela de su hijo.

**Note to district:** This form is available in multiple languages on <http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/HomeLanguage.aspx>. A response that includes a language other than English to question #2 OR question #3 triggers English language proficiency placement testing. Responses to questions #1 or #4 of a language other than English could prompt further conversation with the family to ensure that #2 and #3 were clearly understood. "Formal education" in #7 does not include refugee camps or other unaccredited educational programs for children.

**AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE FOTOS:** Doy permiso para que la foto de mi hijo se use en publicaciones del distrito escolar, artículos de periódicos y/o en el sitio web del distrito. Sí  No  Si la respuesta es NO, ¿permite la foto en el anuario? Sí  No

**ESCUELA ANTERIOR**

Nombre de la escuela	Distrito	Ciudad/Estado	Fecha de retiro
----------------------	----------	---------------	-----------------

**FAMILIA**

<b>DOMICILIO PRINCIPAL</b> (del padre/de la madre/del tutor donde reside el alumno)			<b>Números de teléfono</b> (c/código de área)		<b>Marque el n.º que se debe llamar 1.º</b> ↓	
<u>Apellido</u>		<u>Nombre</u>	Particular			
1.			Trabajo			
Correo electrónico			Celular			
Relación con el alumno: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/>			¿Se necesita un intérprete? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>			Idioma: _____			
<u>Apellido</u>		<u>Nombre</u>	<b>Números de teléfono</b> (c/código de área)		<b>Marque el n.º que se debe llamar 1.º</b> ↓	
2.			Particular			
			Trabajo			
Correo electrónico			Celular			
Relación con el alumno: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/>			¿Se necesita un intérprete? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>			Idioma: _____			
<u>Dirección de residencia</u>	<u>Calle</u>	<u>Dpto. n.º</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Estado</u>	<u>CP</u>	
<u>Dirección postal</u> (si es distinta)	<u>Calle o casilla postal</u>	<u>Dpto. n.º</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Estado</u>	<u>CP</u>	
<b>DOMICILIO SECUNDARIO</b>			<b>Números de teléfono</b> (c/código de área)		<b>Marque el n.º que se debe llamar 1.º</b> ↓	
<u>Apellido</u>		<u>Nombre</u>	Particular			
1.			Trabajo			
Correo electrónico			Celular			
Relación con el alumno: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/>			¿Se necesita un intérprete? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>			Idioma: _____			
<u>Apellido</u>		<u>Nombre</u>	<b>Números de teléfono</b> (c/código de área)		<b>Marque el n.º que se debe llamar 1.º</b> ↓	
2.			Particular			
			Trabajo			
Correo electrónico			Celular			
Relación con el alumno: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/>			¿Se necesita un intérprete? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>			Idioma: _____			
<u>Dirección de residencia</u>	<u>Calle</u>	<u>Dpto. n.º</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Estado</u>	<u>CP</u>	
<u>Dirección postal</u> (si es distinta)	<u>Calle o casilla postal</u>	<u>Dpto. n.º</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Estado</u>	<u>CP</u>	
OTRAS DIRECCIONES DE CORREO SOLICITADAS			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

**INDIQUE OTROS HERMANOS QUE ASISTEN AL DISTRITO ESCOLAR DE RIVERVIEW**

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela	Año



## Problemas de salud del alumno

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_  
 Teléfono particular: (        ) \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: (        ) \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico del padre/de la madre/del tutor: \_\_\_\_\_  
 (Los enfermeros pueden usar el correo electrónico para obtener información actualizada sobre el plan de atención del alumno).

**Con el fin de ofrecerle a su hijo un entorno seguro y saludable, las siguientes personas tendrán acceso a esta información: el director, el enfermero, los maestros de su hijo, las secretarías, la asistente de la sala de enfermería y el personal médico de urgencia.**

### ENFERMEDADES ACTUALES - Respuesta n.º 1 o n.º 2

1. Mi hijo **NO** tiene ningún problema de salud en este momento. \_\_\_\_\_  
 (Escriba sus iniciales y la fecha)
  
2. Marque las opciones siguientes que pueden afectar a su hijo en la escuela. Incluya todas las afecciones que demanden planificación educativa y una posible atención de urgencia. Explíquelas más detalladamente en los recuadros a continuación.
 

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Alergia grave* <input type="checkbox"/> Asma* <input type="checkbox"/> Problemas de conducta <input type="checkbox"/> Problemas de incontinencia urinaria/intestinal <input type="checkbox"/> Diabetes*	<input type="checkbox"/> Problemas auditivos <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> Restricciones físicas (que limitarían la actividad) <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo* <input type="checkbox"/> Problemas de la vista <input type="checkbox"/> Otros _____
---	--

**\*ALERTA PARA PADRES:** Si su hijo tiene una enfermedad que puede poner en peligro la vida (alergia grave, asma, diabetes, convulsiones), que requiere la administración de medicamentos en forma urgente, la Ley SHB2834 del Estado de Washington exige que haya en el establecimiento una orden para administrar medicamentos o tratamiento y un plan de salud individual (*individual health plan, IHP*) antes del primer día de clases de su hijo de cada año. Comuníquese de inmediato con el enfermero de la escuela a la que concurre su hijo.

### MEDICAMENTOS

¿Recibe medicamentos <b>en la casa?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del medicamento	Usado para tratar
	1. _____	_____
	2. _____	_____

¿Es necesario administrar medicamentos <b>en la escuela**?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del medicamento	Usado para tratar
	1. _____	_____
	2. _____	_____

\*\* Antes de poder administrar el medicamento o llevarlo a la escuela, un prestador de atención médica matriculado debe completar el **Formulario de Autorización de Medicamentos** que se encuentra disponible en el sitio web o en la oficina de la escuela y el mismo debe ser firmado por el padre/la madre/el tutor.

### IMPORTANTE – TRATAMIENTO DE URGENCIA

*En caso de lesiones o enfermedades graves u otro tipo de urgencia en la escuela, el Distrito hará todo lo posible para comunicarse con los padres del alumno o con las personas designadas a tal efecto. **En caso de que los padres/tutores o el médico del niño no puedan localizarse, el administrador del establecimiento o la persona que este designe tomará la decisión respecto de la acción más adecuada para el bienestar del alumno. Autorizo a las autoridades de la escuela a obtener atención de urgencia para mi hijo.***

Firma del padre o de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si su hijo necesita seguro de salud u odontológico, comuníquese con el enfermero de la escuela.

**CONTACTOS EN CASO DE URGENCIA** (Persona distinta del padre/de la madre/de los tutores que se incluyen en la sección Familia de la página 3).

Cuando su hijo se vea afectado por una lesión, enfermedad u otra situación que no sea de urgencia, queremos poder comunicarnos con rapidez con los familiares o con otros adultos responsables. **En caso de que no podamos comunicarnos con el padre/la madre/el tutor, incluya el nombre de personas de su confianza que estén disponibles durante el día para cuidar de su hijo.** (No es necesario que incluya una lista de 4 contactos).

<b>Contacto n.º 1 en caso de urgencia</b> <u>Apellido</u> <u>Nombre</u>	<b>TELÉFONO N.º 1:</b> Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	<b>TELÉFONO N.º 2:</b> Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	<b>Relación</b>
<b>Contacto n.º 2 en caso de urgencia</b> <u>Apellido</u> <u>Nombre</u>	<b>TELÉFONO N.º 1:</b> Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	<b>TELÉFONO N.º 2:</b> Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	<b>Relación</b>
<b>Contacto n.º 3 en caso de urgencia</b> <u>Apellido</u> <u>Nombre</u>	<b>TELÉFONO N.º 1:</b> Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	<b>TELÉFONO N.º 2:</b> Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	<b>Relación</b>
<b>Contacto n.º 4 en caso de urgencia</b> <u>Apellido</u> <u>Nombre</u>	<b>TELÉFONO N.º 1:</b> Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	<b>TELÉFONO N.º 2:</b> Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	<b>Relación</b>
<b>Niñera/Guardería</b> <u>Nombre</u>	<b>Dirección</b>	<b>N.º de teléfono</b>	

**AUTORIZACIÓN DE SALIDA DEL ALUMNO:** En caso de que la escuela no pueda comunicarse con el padre/la madre/el tutor, autorizo a que mi hijo sea entregado a las personas nombradas anteriormente. Sí  No

**ESTATUS MILITAR:** Marque abajo la casilla más apropiada para los padres/tutores.

<b>Elija una opción</b>	<input type="checkbox"/> U.S. Fuerzas Armadas de los en servicio activo (A)	<input type="checkbox"/> Más de un miembro en las Fuerzas Armadas/Guardia Nacional (M)
	<input type="checkbox"/> U.S. Reservas de las Fuerzas Armadas (R)	<input type="checkbox"/> Sin afiliación (N)
	<input type="checkbox"/> Miembro de la Guardia Nacional (G)	

**¿HAY ESTABLECIDO UN PLAN DE TENENCIA O CUSTODIA COMPARTIDA?** Sí  No  (Si la respuesta es sí, el plan debe estar en los archivos de la escuela).

**¿EXISTE UNA ORDEN DE RESTRICCIÓN VIGENTE?** Sí  No  (Si la respuesta es sí, los documentos legales deben estar en los archivos de la escuela).

La orden de restricción es contra: el padre  la madre  otro  \_\_\_\_\_

**¿Se encontrará presente un adulto/uno de los padres cuando el alumno llegue a la casa en caso de que salga antes del horario previsto?** Sí  No

<b>Elija una opción</b>	<input type="checkbox"/> Doy mi permiso para que mi alumno llegue a casa <b>SIN</b> la supervisión de un adulto en caso de cierre de la escuela.
	<input type="checkbox"/> Mi alumno deberá <b>PERMANECER EN LA ESCUELA</b> hasta que el padre/la madre/el tutor o un contacto de urgencia pueda recogerlo.

**VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** La información que proporcioné en este paquete de registro es, a la fecha de hoy, verdadera y precisa. Certifico que he leído y firmado en los lugares solicitados.

Firma del padre/de la madre/del tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Building Bridges to the Future

# Solicitud de transporte

Solicitud inicial

Solicitud de cambio

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio principal - por la mañana y por la tarde.

\_\_\_\_\_

O

Dirección para retirar por la mañana \_\_\_\_\_

Domicilio principal     Domicilio secundario     Guardería     Otro \_\_\_\_\_

Persona de contacto en el lugar: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del lugar: \_\_\_\_\_

Dirección para dejar por la tarde \_\_\_\_\_

Domicilio principal     Domicilio secundario     Guardería     Otro \_\_\_\_\_

Persona de contacto en el lugar: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del lugar: \_\_\_\_\_

Comentarios/instrucciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Firma del padre/de la madre/del tutor

Fecha





# Cuestionario sobre la vivienda del alumno

Use un formulario por familia. Envíelo a la oficina de registro de la escuela dentro de los 14 días de recibido. Si necesita más copias, comuníquese con la escuela.

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

Nombre

2.º nombre

Apellido

NOMBRE DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

MES DÍA AÑOS

OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN LA CASA:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios que este alumno puede ser apto para recibir en virtud de la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435.

- |   |          |          |
|---|----------|----------|
| 1. ¿El domicilio de este alumno es una vivienda temporal, que no es un lugar alquilado?       | Sí _____ | No _____ |
| 2. ¿Esta es una vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda o a problemas económicos?   | Sí _____ | No _____ |
| 3. ¿Este alumno está en un hogar de guarda temporal o está esperando ir a un hogar de guarda? | Sí _____ | No _____ |
| 4. Como alumno, ¿vive con alguna otra persona además del padre, la madre o el tutor legal?    | Sí _____ | No _____ |

Si respondió SÍ a alguna de las preguntas anteriores, conteste el resto de este formulario.

Si respondió NO a todas las preguntas anteriores, puede detenerse aquí.

¿Dónde vive este alumno en este momento? (indique una opción)

- En un motel.
  En un refugio.
  "Esperando" ir a un hogar de guarda.
- Con más de una familia en una casa o departamento.
  Se muda de un lugar a otro.
- En un lugar no diseñado para funcionar como dormitorio, por ejemplo, un auto, un parque o un camping.
- Vivienda transitoria (a través de una agencia de la comunidad).

Dirección de residencia actual: \_\_\_\_\_

(o bien)

Nombre del motel/refugio de residencia actual: \_\_\_\_\_

(o bien)

Nombre del "área general" de residencia actual: \_\_\_\_\_

Número de teléfono o número de contacto: \_\_\_\_\_ Nombre del contacto: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/de la madre/del tutor legal (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

(o joven solo)

Firma del padre/de la madre/del tutor legal: \_\_\_\_\_

(o joven solo)





# Certificate of Immunization Status (CIS)

DOH 348-013 January 2010

Please print. See back for instructions on how to fill out this form or get it printed from the Immunization Registry.

Child's Last Name: \_\_\_\_\_

First Name: \_\_\_\_\_

Middle Initial: \_\_\_\_\_ Birthdate (mm/dd/yyyy): Sex: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name (please print): \_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Office Use Only: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signed Cert. of Exemption on file?  Yes  No

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.

Parent/Guardian Signature Required \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

If the child named on this CIS had chickenpox disease (and not the vaccine), disease history must be verified. Mark option 1, 2, 3, OR 4 below - see, back #5.

1)  Chickenpox disease verified by printout from CHILD Profile Immunization Registry. Must be marked by printout (not by hand) to be valid.

2)  Chickenpox disease verified by Health Care Provider (HCP). If you choose this box, mark 2A OR 2B below. 2A)  Signed note from HCP attached OR 2B)  HCP signed here and print name below:

Licensed health care provider (HCP) Signature \_\_\_\_\_ Date (MD, DO, ND, PA, ARNP) \_\_\_\_\_ HCP Printed Name: \_\_\_\_\_

3)  Chickenpox disease verified by school staff from CHILD Profile Immunization Registry. If you choose this box, staff must initial that parent or guardian approves: \_\_\_\_\_ (initial) \_\_\_\_\_ (date)

4)  Chickenpox disease verified by parent\*. If you choose this box, fill in the date or child's age when he or she had the disease: \_\_\_\_\_ Age/Date of disease: \_\_\_\_\_ \*Can ONLY verify for some grades, see back #5 (4).

If the child can show immunity by blood test (titer) and hasn't had the vaccine, ask your HCP to fill in this box.

### Documentation of Disease Immunity

I certify that the child named on this CIS has laboratory evidence of immunity (titer) to the diseases marked. Signed lab report(s) MUST also be attached.

- Diphtheria  Mumps  Other: \_\_\_\_\_
- Hepatitis A  Polio  \_\_\_\_\_
- Hepatitis B  Rubella  \_\_\_\_\_
- Hib  Tetanus  \_\_\_\_\_
- Measles  Varicella  \_\_\_\_\_

Licensed health care provider (HCP) Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ HCP Printed Name: \_\_\_\_\_

Vaccine	Dose	Date		
		Month	Day	Year
◆ Polio (IPV, OPV)	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza (flu, most recent)				
◆ Measles, Mumps, Rubella (MMR)				
	1			
	2			
◆ Varicella (chickenpox) or verify disease 1-4				
	1			
	2			
Hepatitis A (Hep A)				
	1			
	2			
Meningococcal (MCV, MPSV)				
	1			
Human Papillomavirus (HPV)				
	1			
	2			
	3			

Vaccine	Dose	Date		
		Month	Day	Year
◆ Hepatitis B (Hep B)				
	1			
	2			
	3			
or Hep B - 2 dose alternate schedule for teens				
	1			
	2			
Rotavirus (RV1, RV5)				
	1			
	2			
	3			
◆ Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP, DTP, DT)				
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
◆ Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Tdap, Td)				
	1			
	2			
● Haemophilus influenzae type b (Hib)				
	1			
	2			
	3			
	4			
● Pneumococcal (PCV, PPSV)				
	1			
	2			
	3			
	4			

Office Use Only: Immunization information updated and verified with parent/guardian permission:

Printed Staff Name	Date	Printed Staff Name	Date

**Instructions for completing the Certificate of Immunization Status (CIS): printing it from the Immunization Registry or filling it in by hand.**

**#1 To print with info filled in:** First, ask if your health care provider's office puts vaccination history into the CHLD Profile Immunization Registry (Washington's statewide database). If they do, ask them to print the CIS from CHLD Profile and your child's information will fill in automatically. Be sure to review all the information, sign and date the CIS in the upper right hand box, and return it to school or child care. If your provider's office does not use CHLD Profile, ask for a copy of your child's vaccine record so you can fill it in by hand using steps #2-7 (below):

**EXAMPLE**

Vaccine	Dose	Date		
		Month	Day	Year
◆ <b>Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP, DTP, DT)</b>				
DTaP	1	01	12	2011
DTaP	2	03	20	2011
DTaP	3	06	01	2011

- #2 To fill in by hand:** Print your child's name, birthdate, sex, and your own name in the top box.
- #3** Write each vaccine your child received under the correct disease. Write the vaccine type under the "Vaccine" column and the date each dose was received in the "Month," "Day," and "Year" columns (as mm/dd/yyyy). For example, if DTaP was received Jan 12, March 20, June 1, '11, fill in as shown here ▶
- #4** If your child receives a combination vaccine (one shot that protects against several diseases), use the Reference Guide below to record each vaccine correctly. For example, record Pediarix under Diphtheria, Tetanus, Pertussis as DTaP, Hepatitis B as Hep B, and Polio as IPV.
- #5** If your child has had chickenpox (varicella) disease and not the vaccine, use only one of these four options to record this on the CIS:
- 1)  If your child's CIS is printed directly from the CHLD Profile Immunization Registry (by your health care provider or school system), and disease verification is found, box 1 is automatically marked. To be valid, this box must be marked by the Immunization Registry printout (not by hand).
  - 2)  If your health care provider (HCP) can verify that your child has had chickenpox, mark box 2. Then mark either 2A to attach a signed note from your HCP, or 2B if your HCP signs and dates in the space provided. Be sure your HCP's full name is also printed.
  - 3)  If school staff access the CHLD Profile Immunization Registry and see verification that your child has had chickenpox, they will mark box 3. Then, they must initial and date that they got parent or guardian approval to mark this box (i.e. make this change) to the CIS.
  - 4)  If your child started kindergarten in the 2008-2009 school year or later, you CANNOT use this box. If your child started kindergarten before the 08-09 school year, mark this box if you know he or she has had chickenpox. If you mark box 4, you must also write the approximate age or date your child had chickenpox. To find out which grades require chickenpox vaccine (or history), visit: <http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/schools/vaccine.htm>
- #6** Documentation of Disease Immunity: If your child can show immunity by blood test (titer) and has not had the vaccine, have your health care provider (HCP) fill in this box. Ask your HCP to mark the disease(s), sign, date, print his or her name in the space provided, and attach signed lab reports.
- #7** Be sure to sign and date the CIS in the upper right hand box, and return to school or child care.
- #8** If a school or child care makes a change to your CIS, staff will print their name in the middle bottom box and date to show that you gave approval.

**Reference Guide**

Vaccine Trade Names in alphabetical order		(For updated lists, visit <a href="http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf">http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf</a> )	
Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
AchHB	Hib	Engerix-B	Hep B
Adacel	Tdap	Fluarix	Flu (TIV)
Afluria	Flu (TIV)	FluLaval	Flu (TIV)
Boostrix	Tdap	FluMist	Flu (LAIV)
Cervarix	HPV2	Fluvirin	Flu (TIV)
Comvax (CmVx)	Hep B + Hib	Fluzone	Flu (TIV)
Daptacel	DTaP	Gardasil	HPV4
Decovac	Td	Havrix	Hep A

Vaccine Abbreviations in alphabetical order		(For updated lists, visit <a href="http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf">http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf</a> )	
Abbreviations	Full Vaccine Name	Abbreviations	Full Vaccine Name
DT	Diphtheria, Tetanus	Hep A (HAV)	Hepatitis A
DTaP	Diphtheria, Tetanus, acellular Pertussis	Hep B (HBV)	Hepatitis B
DTP	Diphtheria, Tetanus, Pertussis	MMR / MMRV	Measles, Mumps, Rubella / with Varicella
Flu (TIV or LAIV)	Influenza	OPV	Oral Poliovirus Vaccine
HBIG	Hepatitis B Immune Globulin	PCV or PCV7 or PCV13	Pneumococcal Conjugate Vaccine
		PPSV or PPSV23	Pneumococcal Polysaccharide Vaccine
		VAR or VZV	Varicella

If you have a disability and need this document in another format, please call 1-800-525-0127 (TDD/TTY 1-800-833-6388).