



STILLWATER ELEMENTARY SCHOOL

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA REGISTRO

 **FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Por favor complete toda la información solicitada (3 hojas delante y detrás)

 **CUESTIONARIO DE VIVIENDA ESTUDIANTIL**

Complete la información solicitada siguiendo las instrucciones

 **FORMULARIO DE INMUNIZACIÓN**

Por favor complete la siguiente información en el formulario requerido del Departamento de Salud:

- 3 Dosis de Hepatitis B
- 5 Dosis de Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTP / DT / Td)
- 4 Dosis de Oral Polio Vaccine (OPV) or 4 Doses of inactivated Polio Vaccine (IPV)
- 2 Dosis de Measles, Mumps, and Rubella (MMR)
- 2 Dosis de Varicella

..... Los padres deben obtener un Certificado de Exención del Doctor de su hijo

 **COPIA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO**



FORMULARIO DE REGISTRO DEL ALUMNO

AM PM **SW**
ADK

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

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA Birth Certificate Proof of Residency Medical Alert Speech/SpED ELL
 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 PROGRAMA DE EDUCACIÓN ESPECIAL o estuvo inscrito en él? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Su hijo alguna vez reunió los requisitos para acceder a los siguientes planes o los recibió:	un PLAN 504? <input type="checkbox"/> un IEP (plan de educación individual)? <input type="checkbox"/>
¿Participó su hijo alguna vez en alguno de los siguientes programas: Title/LAP <input type="checkbox"/> para alumnos dotados <input type="checkbox"/> para alumnos con problemas de habla <input type="checkbox"/>	ELL (estudiante de idioma inglés) <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	
Sección 1: ORIGEN HISPANO O LATINO (Marque todas las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> De América Central 75	<input type="checkbox"/> Dominicano 60
<input type="checkbox"/> Cubano 55	<input type="checkbox"/> Latinoamericano 85
<input type="checkbox"/> Mexicano/Estadounidense de ascendencia mexicana/Chicano 30	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño 70
<input type="checkbox"/> Sudamericano 80	<input type="checkbox"/> Español 65
<input type="checkbox"/> Otro origen hispano/latino 90	
Sección 2: RAZA (Marque todas las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Afroamericano/negro 200	<input type="checkbox"/> Blanco 300
DE ORIGEN ASIÁTICO	
<input type="checkbox"/> Indio asiático 505	<input type="checkbox"/> Filipino 520
<input type="checkbox"/> Camboyano 507	<input type="checkbox"/> Japonés 535
<input type="checkbox"/> Chino 510	<input type="checkbox"/> Coreano 540
<input type="checkbox"/> Indonesio 530	<input type="checkbox"/> Coreano 540
<input type="checkbox"/> Laosiano 545	<input type="checkbox"/> Paquistaní 555
<input type="checkbox"/> Singapurense 560	<input type="checkbox"/> Vietnamita 575
<input type="checkbox"/> Otro origen asiático 599	<input type="checkbox"/> Taiwanés 565
<input type="checkbox"/> Tailandés 570	<input type="checkbox"/> Vietnámica 575
NATIVO DE HAWAI O DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai 605	<input type="checkbox"/> Nativo de las Islas Marianas 625
<input type="checkbox"/> Nativo de Guam o Chamorro 620	<input type="checkbox"/> Nativo de Micronesia 632
<input type="checkbox"/> Fiyiano 615	<input type="checkbox"/> Nativo de Melanesia 630
<input type="checkbox"/> Samoano 635	<input type="checkbox"/> Tongano 640
<input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico 699	
INDIO ESTADOUNIDENSE O NATIVO DE ALASKA	
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska 405	<input type="checkbox"/> Puyallup 448
<input type="checkbox"/> Lower Elwha 427	<input type="checkbox"/> Snoqualmie 469
<input type="checkbox"/> Chehalis 410	<input type="checkbox"/> Quileute 451
<input type="checkbox"/> Lummi 430	<input type="checkbox"/> Spokane 472
<input type="checkbox"/> Colville 413	<input type="checkbox"/> Quinault 454
<input type="checkbox"/> Squaxin 475	<input type="checkbox"/> Otros nativos indígenas del estado de Washington 495
<input type="checkbox"/> Cowlitz 416	<input type="checkbox"/> Samish 457
<input type="checkbox"/> Stillaguamish 478	<input type="checkbox"/> Suquamish 481
<input type="checkbox"/> Hoh 418	<input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle 460
<input type="checkbox"/> Suquamish 481	<input type="checkbox"/> Swinomish 484
<input type="checkbox"/> Jamestown 421	<input type="checkbox"/> Shoalwater 463
<input type="checkbox"/> Swinomish 484	<input type="checkbox"/> Tulalip 487
<input type="checkbox"/> Kalispel 424	<input type="checkbox"/> Skokomish 466
<input type="checkbox"/> Prt. Gmbl. Klallam 445	

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.



Encuesta sobre el idioma en el hogar

Nombre del alumno:		Fecha:
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Grado:
Este formulario fue completado por: Nombre del padre/de la madre/del tutor _____ Relación con el alumno _____ Nombre del padre/de la madre/del tutor _____ Si está disponible, ¿en qué idioma desea recibir información de la escuela? _____ _____		
¿Su hijo recibió apoyo para el aprendizaje del idioma inglés a través del Programa Estatal de Educación Bilingüe de Transición en la última escuela a la que asistió? Sí _____ No _____ No sé _____		

1. ¿En qué país nació su hijo? _____	
2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero?* _____	
3. ¿Qué idioma usa más SU HIJO en casa?*_ _____	
4. ¿Qué idioma(s) usan más los <u>padres/tutores</u> cuando hablan con su hijo? _____	
5. ¿Ha recibido su hijo educación formal* fuera de los Estados Unidos? (Kinder a 12.º grado) _____ Sí _____ No	En caso afirmativo, ¿en qué idioma se le dio la instrucción? _____
"Educación formal" no incluye programas en campos de refugiados ni otros programas no acreditados para niños.	¿Por cuántos meses? _____ <i>Un (1) año escolar equivale a 10 meses</i>
6. ¿Cuándo asistió su hijo a la escuela en los Estados Unidos por primera vez? (Kinder a 12.º grado)	_____ Mes Día Años
7. ¿Los abuelos o los padres tienen una afiliación tribal? _____ Sí _____ No	_____ (Tribus)

***WAC 392-160-005:** "Idioma primario" se refiere al idioma que el alumno usa con mayor frecuencia (no necesariamente el que usan los padres, los tutores u otras personas) para comunicarse en su lugar de residencia.

Note to district: A response of a language other than English to question #2 OR question #3 triggers ELL placement testing.

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

DOMICILIO PRINCIPAL (del padre/de la madre/del tutor donde reside el alumno)			Números de teléfono (c/código de área)		Marque el n.º que se debe llamar 1.º ↓
<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>	Números de teléfono (c/código de área)		Marque el n.º que se debe llamar 1.º ↓
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>
DOMICILIO SECUNDARIO			Números de teléfono (c/código de área)		Marque el n.º que se debe llamar 1.º ↓
<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>	Números de teléfono (c/código de área)		Marque el n.º que se debe llamar 1.º ↓
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 reglones 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 en la casa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del medicamento	Usado para tratar
	1. _____	_____
	2. _____	_____

¿Es necesario administrar medicamentos en la escuela**? 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).

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

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

¿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

Elija una opción

Doy mi permiso para que mi alumno llegue a casa **SIN** la supervisión de un adulto en caso de cierre de la escuela.

Mi alumno deberá **PERMANECER EN LA ESCUELA** 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: _____

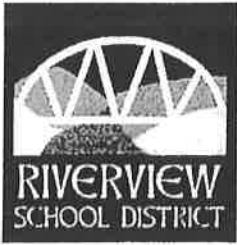
Dirección para dejar por la tarde _____
 Domicilio principal Domicilio secundario Guardería Otro _____
Persona de contacto en el lugar: _____
Número de teléfono del lugar: _____

Comentarios/instrucciones _____

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

Firma del padre/de la madre/del tutor

Fecha



Questionario 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)



Certificado del estado de vacunación (CIS)

DOH 348-013 January 2015 Spanish

Reviewed by: _____ Date: _____
Signed Cert. of Exemption on file? Yes No

Office Use Only:

Escriba con letra de molde. Al reverso encontrará instrucciones sobre cómo llenar este formulario u obtener un impreso del registro de vacunación (IIS).
Apellido del niño(a): _____ Nombre: _____ Inicial del 2º nombre: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Sexo: _____

Simbolos abajo:
◆ Obligatoria para escuela y guardería/preescolar
● Obligatoria sólo para guardería/preescolar
■ Recomendada pero no obligatoria

Autorizo la escuela de mi niño compartir información con el Immunization Information System (Registro de vacunación) para mantener el registro escolar de mi niño.

Firma obligatoria del padre, madre o tutor _____ Fecha _____

Firma obligatoria del padre, madre o tutor _____ Fecha _____

Vacuna	Dosis	Fecha		
		Mes	Día	Año
◆ Hepatitis B (Hep B)	1			
	2			
	3			

Vacuna	Dosis	Fecha		
		Mes	Día	Año
● Infección neumocócica (PCV, PPSV)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

Hep B - calendario alterno de 2 dosis para adolescentes

◆ Polio / poliomieltis (IPV, OPV)

	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

	1			
	2			
	3			
	4			

◆ Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP, DTP, DT)

◆ Sarampión, paperas, rubéola (MMR)

	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

	1			
	2			

◆ Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap)

◆ Varicela

	1			
	2			

■ Hepatitis A (Hep A)

■ Tétanos, difteria (Td)

	1			
	2			

● Haemophilus influenzae tipo b (Hib)

■ Virus del papiloma humano (HPV), no puede imprimirse del registro de vacunación (IIS), llénelo a mano

	1			
	2			
	3			
	4			

	1			
	2			
	3			

■ Gripe / influenza (la vacuna más reciente)

■ Infección meningocócica (MCV, MPSV)

1) Varicela verificada por un impreso del registro de vacunación (IIS)
Para ser válido deberá estar marcado como impreso (no a mano).

2) Varicela verificada por un proveedor médico (PM)
Si elige esta casilla, marque el 2A o el 2B abajo y digale a su proveedor médico que firme en la sección de abajo.

2A) Nota firmada del PM adjunta, o
2B) PPM firmó aquí y escribió su nombre abajo:

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

Nombre del PM: _____

3) Varicela verificada por el personal escolar con el registro de vacunación

Si se puede demostrar mediante análisis de sangre que el niño es inmune y no ha recibido la vacuna, pídale a su proveedor médico que termine de llenar este recuadro:

Documentación de inmunidad a la enfermedad

Certifico que se ha demostrado con prueba de laboratorio que el niño nombrado en este CIS tiene inmunidad contra las siguientes enfermedades marcadas. Todo informe de laboratorio firmado también deberá ir adjunto.

Difteria Paperas Otra: _____
 Hepatitis A Polio _____
 Hepatitis B Rubéola _____
 Hib Tétanos _____
 Sarampión Varicela _____

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

Nombre del PM: _____

Instrucciones para llenar el Certificado del estado de vacunación (CIS): Imprimalo del Registro de vacunación (IRS) o llénelo a mano

#1 Para imprimirlo con la información ya llenada: primero, pregunte en la oficina de su proveedor médico si ingresan los antecedentes de vacunación en el Registro de vacunación (base de datos de todo el estado de Washington). Si le dicen que sí, pídale imprimir el certificado CIS del Registro de vacunación y así se llenará automáticamente la información de su hijo(a). **Asegúrese** de revisar toda la información, **firmar y fechar el certificado CIS** en el recuadro superior derecho, y de devolverlo a la escuela o guardería. Si en la oficina de su proveedor médico no usan el Registro de vacunación, pídale una copia del registro de vacunación de su hijo(a) para que pueda llenarlo a mano usando los pasos #2 a 7 (a continuación):

EJEMPLO

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

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

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

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

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

- Si el certificado CIS de su hijo se imprime directamente del Registro de vacunación (con el sistema escolar o en la oficina de su proveedor médico) y se verifica la enfermedad, la casilla 1 se marca automáticamente. Para que sea válida, esta casilla deberá ser marcada mediante el Impreso del Registro de vacunación (no a mano).
 - Si su proveedor médico (PM) puede verificar que su hijo ha tenido varicela, marque la casilla 2. Luego, marque ya sea el 2A para adjuntar una nota firmada de su PM, o el 2B si su PM firma y fecha en el espacio proporcionado. Asegúrese también de que se escriba el nombre completo de su PM.
 - Si el personal escolar accede al Registro de vacunación y puede verificar que su hijo ha tenido varicela, el personal marcará la casilla 3.
- #6** Documentación de inmunidad a la enfermedad: si se puede demostrar mediante análisis de sangre que su hijo tiene inmunidad (valor cuantitativo) y no ha recibido la vacuna, pídale a su proveedor médico (PM) llenar este recuadro. Pídale a su PM que marque las enfermedades correspondientes, que firme, feche y escriba su nombre en el espacio proporcionado, y que **adjunte los informes firmados del laboratorio**.
- #7** Asegúrese de **firmar y fechar el certificado CIS** en el recuadro superior derecho, y de devolverlo a la escuela o guardería.

Nombres comerciales de las vacunas en orden alfabético (Consulte listas actualizadas en https://fortress.wa.gov/doh/cnir/web/homepage/completeistofvaccinamnames.pdf)						
Nombre comercial	Vacuna	Nombre comercial	Vacuna	Nombre comercial	Vacuna	Nombre comercial
AchHIB	Hib	Fullaval	Flu	Ipol	IPV	PedvaxHIB
Adacel	Tdap	FluMist	Flu	Infanrix	DTaP	Pentacel (Pntcl)
Afluria	Flu	Fluvirin	Flu	Kinrix (Kinrx)	DTaP + IPV	Pneumovax
Boostrix	Tdap	Fluzone	Flu	Menactra	MCV o MCV4	Prevnar
Cervarix	HPV2	Gardasil	HPV4	MenHibrix (Mnhbrx)	Meningococcal C/Y-HIB-PRP	ProQuad (ProQd)
Daptacel	DTaP	Havrix	Hep A	Menomune	MPSV o MRSV4	Recombivax HB
Engerix-B	Hep B	Hiberix	Hib	Menveo	Meningococcal	Rotarix
Fluarix	Flu	HibTITER	Hib	Pediarix (Pdrx)	DTaP + Hep B + IPV	RotatEq

Abreviaciones de las vacunas en orden alfabético (Consulte listas actualizadas en https://fortress.wa.gov/doh/cnir/web/homepage/completeistofvaccinamnames.pdf)						
Abreviaciones	Nombre de la vacuna	Abreviaciones	Nombre de la vacuna	Abreviaciones	Nombre de la vacuna	Abreviaciones
DT	Difteria, tétanos	Hep A (HAV) Hep B (HBV)	Hepatitis A Hepatitis B	MPSV o MPSV4	Antineumocócica polisacárida	Rotavirus (RV1 o RV5)
DTaP	Difteria, tétanos, tos ferina acelular	Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	MMR / MMRV	Triple vírica contra sarampión, paperas y rubéola / más varicela	Td
DTP	Difteria, tétanos, tos ferina	HPV	Virus del papiloma humano	OPV	Antipoliomielítica oral	Tdap
Gripe / flu (IV o LAIV)	Antigripal / contra la influenza	IPV	Antipoliomielítica inactivada	PCV o PCV7 o PCV13	Antineumocócica conjugada	TIG
HBIG	Concentrado de inmunoglobulinas antihapatíticas B	MCV o MCV4	Antineumocócica conjugada	PPSV o PPV23	Antineumocócica polisacárida	VAR o VZV

Si tiene alguna discapacidad y necesita este documento en otro formato, no dude en llamar al 1-800-525-0127 (TDD/TTY 711).

Spanish DOH 348-013 January 2015

Guía de Referencia