



| Información del Estudiante | | | | | | |
|---|-----------------------------|--|--------------------------------|-------------------------|---------------------|------|
| NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE: (Apellido, Nombre, Segundo Nombre) | | | OTROS NOMBRES/ANTERIORES: | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año) | GÉNERO (Masculino/Femenino) | LUGAR DE NACIMIENTO (Ciudad, Estado, País) | GRADO: | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTUDIANTE: | | | | | | |
| IDIOMA PRINCIPAL HABLADO EN CASA POR EL ESTUDIANTE (Favor marque uno) | | INGLÉS | RUSO | ESPAÑOL | UCRANIANO | OTRO |
| PRIMER IDIOMA HABLADO EN CASA: (Favor marque uno) | | INGLÉS | RUSO | ESPAÑOL | UCRANIANO | OTRO |
| ¿ALGUNA VEZ EL ESTUDIANTE HA CALIFICADO O ASISTIDO A UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN ESPECIAL? | | | SI | NO | | |
| SI LA RESPUESTA ES "SÍ" ¿TIENE EL ESTUDIANTE UN PLAN DE EDUCACIÓN INDIVIDUAL (IEF)? | | | SI | NO | | |
| Si la respuesta es "sí", por favor traer un documento de IEP actualizado para nuestros archivos | | | | | | |
| ¿ALGUNA VEZ SU ESTUDIANTE HA TENIDO UN PLAN 504? | | | SI | NO | | |
| ¿ALGUNA VEZ SU ESTUDIANTE HA PARTICIPADO EN?: | | | | | | |
| TITLE | LAP | GIFTED (SUPERDOTADO) | ESL/ELL(INGLÉS COMO 2º IDIOMA) | PROGRAMA DE PRE-ESCOLAR | | |
| OTRO | | | | (Desde: mes/día/año/ | Hasta: mes/día/año/ |) |

| Información de Escuelas Previas: | | | |
|---|-------------------|--|------------------|
| NOMBRE DE LA ESCUELA: | DISTRITO ESCOLAR: | DESDE: (Mes/Año) | HASTA: (Mes/Año) |
| DIRECCIÓN DE LA ESCUELA: | | CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: | |
| ¿ALGUNA VEZ SU ESTUDIANTE HA ASISTIDO A LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE EVERGREEN? SI NO | | SI LA RESPUESTA ES "SI", POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE DE LA(S) ESCUELA(S) ANTERIOR(ES): | |
| ¿SE ENCUENTRA EL ESTUDIANTE SUSPENDIDO O EXPULSADO DE ALGUNA ESCUELA O INSTITUCIÓN EDUCATIVA ACTUALMENTE? | | SI | NO |

| Raza y Étnia | | | |
|---|------------------------|------------------------|-----------------------------|
| POR FAVOR CONTESTE LAS PREGUNTAS 1 Y 2 LAS DOS RESPUESTAS SE NECESITAN COMO REQUISITOS FEDERALES DEL ESTADO DE WASHINGTON Y OSPI | | | |
| PREGUNTA# 1: ¿Es su hijo(a) de origen hispano ó latino? (Por favor seleccione todas las respuestas que aplican) | NO HISPANO/LATINO | DOMINICANO | PUERTO RIQUEÑO |
| | CENTRO AMERICANO | LATINO AMERICANO | SUR AMERICANO |
| PREGUNTA# 2: ¿De cuál raza considera usted que es su hijo(a)? (Por favor seleccione todas las respuestas que aplican) | CUBANO | MEXICANO/CHICANO | ESPAÑOL |
| | | MEXICANO AMERICANO | OTRO LATINO/HISPANO |
| OFFICE USE ONLY: | AFRO AMERICANO O NEGRO | NATIVO DE HAWAI | NISQUALLY |
| | BLANCO O CAUCASICO | FIJIAN | NOOKSACK |
| Q1-DATA: <input type="checkbox"/> STAFF <input type="checkbox"/> PARENT | INDIO ASIÁTICO | GUAMEÑO o CHAMORRO | PUERTO GAMBLE CLALLAM |
| | CAMBOYANO | MARIANA ISLEÑO | PUYALLUP |
| Q2-DATA: <input type="checkbox"/> STAFF <input type="checkbox"/> PARENT | CHINO | MELANESIO | QUILEUTE |
| | FILIPINO | MICRONESIO | QUINAULT |
| | HMONG | SAMOA | SAMISH |
| | INDONESIO | TONGAN | SAUK-SUIATTLE |
| | JAPONÉS | OTRA ISLA DEL PACÍFICO | SHOALWATER |
| | KOREANO | NATIVO DE ALASKA | SKOKOMISH |
| | LAOSIANO (LAOS) | CHEHALIS | SNOQUALMIE |
| | MALASIO | COLVILLE | SPOKANE |
| | PAKISTANI | COWLITZ | SQUAXIN ISLAND |
| | SINGAPUR | HOH | STILLAGUAMISH |
| | TAIWANESE | JAMESTOWN | SUQUAMISH |
| | TAILANDÉS | KALISPEL | SWINOMISH |
| | VIETNAMITA | BAJA ELWHA | TULALIP |
| | OTRO ASIÁTICO | LUMMI | YAKIMA |
| | AMERICANO | MAKAH | INDIO DE WASHINGTON - OTROS |
| | | MUCKLESHOOT | INDIO AMERICANO - OTROS |

| OFFICE USE ONLY: (Do Not Write Below) | | | | |
|--|---|-------------------------------------|---|---|
| STUDENT ID (Other ID) | DEFAULT ENTITY SCHOOL | SCHOOL ENTRY DATE / / | FUTURE SCHOOL | FOOD SERVICE KEYPAD #: |
| TEACHER | HOMEROOM # | GRADE LEVEL | <input type="checkbox"/> NO PHOTO (Form DIS354 Must Be on File) | <input type="checkbox"/> NO INTERNET ACCESS (Form DIS353 Must Be on File) |
| SESSION <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | WALKER? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | SPECIFIC TRANSPORTATION INFORMATION | NOTES | |
| BUS IN | BUS OUT | | | |



PLANILLA DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL #2 DE 4

Favor llenar en letra de molde con tinta AZUL o NEGRA

| Familia 1 Padre/Representante (personas con quien vive el estudiante) | | |
|---|---|----------------------|
| NOMBRE DEL PADRE/REPRESENTANTE (1) : (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre) | RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: | |
| CORREO ELECTRÓNICO (EMAIL): | | |
| DIRECCIÓN: (Lugar donde vive el estudiante) | TELÉFONO PRINCIPAL: [UTILIZADO PARA NOTIFICACIONES DEL DISTRITO] | TIPO: CASA CEL |
| Ciudad/Estado/Código Postal | | |
| DIRECCIÓN DE CORREO: (Si es diferente a la anterior) | TELÉFONO SECUNDARIO: | TIPO: CASA CEL |
| Ciudad/Estado/Código Postal | | |
| NOMBRE DEL PADRE/REPRESENTANTE (2) [La misma persona que sostiene el hogar]: (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) | RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: | |
| CORREO ELECTRÓNICO (EMAIL): | | |
| | TELÉFONO SECUNDARIO: | TIPO: CASA CEL |
| ¿Tiene el estudiante un padre/familiar/representante adicional? SI NO Si la respuesta es sí, por favor escriba información adicional a continuación. | | |

| Familia 2 Padre/Representante | | |
|---|----------------------------|----------------------|
| NOMBRE DEL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE: (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) | RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE | |
| CORREO ELECTRÓNICO (EMAIL): | | |
| CUSTODIA PARCIAL/COMPARTIDA NO-RESIDENCIAL / NO-CUSTODIA | | |
| DIRECCIÓN DE CORREO: | TELÉFONO PRINCIPAL: | TIPO: CASA CEL |
| Ciudad/Estado/Código Postal | | |
| ¿DEBE ESTA PERSONA QUE SOSTIENE EL HOGAR RECIBIR NOTIFICACIONES DEL DISTRITO? SI NO | TELÉFONO SECUNDARIO: | TIPO: CASA CEL |
| NOMBRE DEL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE: (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) | | |
| RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: | | |
| CORREO ELECTRÓNICO (EMAIL): | | |
| | TELÉFONO SECUNDARIO: | TIPO: CASA CEL |

| Restricciones Legales | |
|---|---|
| ¿EXISTE ACTUALMENTE ALGUNA ORDEN JURIDICA DE RESTRICCIÓN DEL ESTADO DE WASHINGTON O ESTÁN VIGENTES RESTRICCIONES LEGALES QUE PREVENGAN QUE ALGUNA PERSONA QUE NO TENGA LA CUSTODIA VISITE LA ESCUELA, TENGA ACCESO A LOS REPORTES/ARCHIVOS O PUEDA RETIRAR AL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si es "sí," los documentos legales deben ser entregados en la escuela. | |
| SI ES ASÍ, ¿CONTRA QUIÉN ES LA ORDEN DE RESTRICCIÓN O LA RESTRICCIÓN LEGAL? | NOMBRE(S) Y RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: |

| Información Familiar: Mencione TODOS los niños/hermanos que viven en la misma casa Y que asisten a las escuelas públicas de Evergreen | | | | | | |
|---|--------|---------------------|-----------------|---|------|-------------------------|
| APELLIDO NOMBRE | NOMBRE | INICIAL DEL SEGUNDO | GÉNERO (M/F) | FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/año) | EDAD | ESCUELA A LA QUE ASISTE |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



PLANILLA DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL #3 DE 4

Favor llenar en letra de molde con tinta AZUL o NEGRA

Información Familiar: Mencione TODOS los niños/hermanos que viven en la misma casa con edades de 0 al grado kínder

| APELLIDO | NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE | GÉNERO (M/F) | FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año) | EDAD | PROGRAMA DE PRE-ESCOLAR (SI SE APLICA) |
|----------|-----------------------------------|--------------|-----------------------------------|------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Guardería infantil o persona encargada de cuidar al niño, si se aplica (Guardería infantil/Cuidado de Niños)

Si su niño(a) no asiste a ninguna guardería infantil no hay necesidad de llenar esta sección de la planilla

| | | |
|---|--|---|
| ¿ASISTE SU ESTUDIANTE A UNA GUARDERÍA INFANTIL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁNDO ASISTE SU ESTUDIANTE A ELLA? (¿antes o después de la escuela?) |
| PROVEEDOR DE LA GUARDERÍA INFANTIL: | | NÚMERO DE TELÉFONO: (con el código del área) |
| DIRECCIÓN: | | |
| Ciudad/Estado/Código Postal | | |

Contactos de Emergencia: (ÁREA LOCAL SOLAMENTE, POR FAVOR)

En caso de accidente, enfermedad u otra situación diferente a una emergencia que involucre a su hijo(a), queremos comunicarnos lo antes posible con su familia u otros adultos responsables. En la eventualidad que no logremos el contacto con el padre o representante por favor mencione personas que usted crea que estén disponibles durante el día para brindarle cuidado a su hijo(a).

| | | |
|---|--|--|
| CONTACTO DE EMERGENCIA #1: (Otra persona diferente del padre/representante) Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre | | RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: |
| NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL: <small>(Incluya el código de área)</small> | NÚMERO DE TELÉFONO SECUNDARIO: <small>(Incluya el código de área)</small> | OTRO NÚMERO DE TELÉFONO: <small>(Incluya el código de área)</small> |
| DIRECCIÓN: | | |
| Ciudad/Estado/Código Postal | | |
| CONTACTO DE EMERGENCIA #2:(Otro diferente del padre/representante) Apellido, Nombre, Inicial Segundo Nombre | | RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: |
| NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL: <small>(Incluya el código de área)</small> | NÚMERO DE TELÉFONO SECUNDARIO: <small>(Incluya el código de área)</small> | OTRO NÚMERO DE TELÉFONO: <small>(Incluya el código de área)</small> |
| DIRECCIÓN: | | |
| Ciudad/Estado/Código Postal | | |
| CONTACTO DE EMERGENCIA #3:(Otro diferente del padre/representante) Apellido, Nombre, Inicial Segundo Nombre | | RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: |
| OTRO NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL: <small>(Incluya el código de área)</small> | NÚMERO DE TELÉFONO SECUNDARIO: <small>(Incluya el código de área)</small> | OTRO NÚMERO DE TELÉFONO: <small>(Incluya el código de área)</small> |
| DIRECCIÓN: | | |
| Ciudad/Estado/Código Postal | | |

AUTORIZACIÓN PARA LLEVARSE AL NIÑO DE LA ESCUELA: En caso de que la escuela no logre comunicarse con el padre, la madre, o el representante legal de mi niño(a), Autorizo a uno de las personas o proveedor de las guardería mencionadas en el Contacto de Emergencia para recoger a mi niño.

FIRMA DEL PADRE/ MADRE/REPRESENTANTE LEGAL: _____ FECHA: _____

AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA: Yo entiendo que en caso de accidente o enfermedad, se harán todos los esfuerzos necesarios para comunicarse inmediatamente con el padre, la madre, o el representante legal del niño(a). Si no pueden comunicarse con el padre, la madre, o con el representante legal del niño(a), doy permiso a las autoridades de la escuela para que obtengan servicios médicos de emergencia para mi niño(a).

FIRMA DEL PADRE/ MADRE/REPRESENTANTE LEGAL: _____ FECHA: _____

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: La información suministrada en esta planilla es correcta y está actualizada a la fecha. Entiendo que el falsificar información o proveer información que sirva para lograr la inscripción o asignación, podría resultar en la anulación de la inscripción o asignación del estudiante a las Escuelas Públicas de Evergreen.

FIRMA DEL PADRE/ MADRE/REPRESENTANTE LEGAL: _____ FECHA: _____

13501 Northeast 28th Street • PO Box 8910 • Vancouver, Washington 98668-8910 • (360) 604-4000 • FAX (360) 892-5307

Evergreen School District is an Equal Opportunity Employer



PLANILLA DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL #4 DE 4

Favor llenar en letra de molde con tinta AZUL o NEGRA

Domicilio del Estudiante

Las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar a los servicios que su estudiante puede ser elegible para recibir bajo el Título I Parte A y/o Federal McKinney-Vento Acta 42 U.S.C. 11435. La elegibilidad puede estar determinada si se completa este cuestionario confidencial. El propósito de esta información es el de asegurar los derechos de su estudiante(s) bajo el acta McKinney-Vento. **¡Esta información es confidencial!**

| | |
|---|---------------------|
| NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE: (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) | FECHA DE NACIMIENTO |
|---|---------------------|

| | |
|----------|--------|
| ESCUELA: | GRADO: |
|----------|--------|

| | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Es la dirección de la casa del estudiante un arreglo temporal de vivienda? | SI | NO |
| 2. ¿Este acuerdo de vivienda temporal es debido a pérdida de casa o dificultad económica? | SI | NO |
| 3. ¿Está este estudiante ubicado temporalmente en un hogar de crianza (foster care) o está en espera de este hogar? | SI | NO |
| 4. ¿Cómo estudiante, está usted viviendo con alguien diferente de su padre o representante legal? | SI | NO |
| 5. ¿Domicilio desconocido durante la noche? | SI | NO |
| 6. ¿Es el estudiante un joven no acompañado? | SI | NO |

Si usted respondió NO a todas las preguntas formuladas anteriormente, usted debe detenerse aquí en esta sección.

Si usted respondió alguna de las preguntas anteriores con SI, por favor complete esta información que falta.

| | | |
|--|--|---|
| 7. ¿Dónde está viviendo este estudiante actualmente? | En un motel En un resguardo/asilo Cambiando de lugar a lugar Grupo familiar | Con más de una familia en una casa o apartamento En lugar no designado no apto para dormir tales como un carro, parque o campo abierto. Otro: |
|--|--|---|

| | | |
|--|---|--|
| Por favor complete 8A, 8B, o 8C: | 8A. DIRECCIÓN DEL DOMICILIO ACTUAL | |
| | 8B. NOMBRE DEL MOTEL/RESGUARDO DEL DOMICILIO ACTUAL | |
| | 8C. NOMBRE DEL "ÁREA GENERAL" DEL DOMICILIO ACTUAL | |
| 9. NÚMERO DE TELÉFONO O NÚMERO DE CONTACTO: | | |
| 10. NOMBRE DEL CONTACTO: | | |
| ESCRIBA EL NOMBRE DEL(LOS) PADRE(S)/REPRESENTANTE(S) LEGALES: (O jóvenes no acompañados) | | |
| FIRMA DEL PADRE/REPRESENTANTE LEGAL: (O jóvenes no acompañados) | | |
| FECHA: | | |

FOR SCHOOL STAFF ONLY:

If 'Yes' is marked in the Student Residency block for any question 1-6, please send a copy of this page to Legacy High School, ATTN: Students in Transition Coordinator or fax to 360-604-3902

Evergreen School District #114**Requisitos de inmunizaciones**

PARA: Padres de alumnos de Evergreen School District #114

DE: Departamento de Servicios de Salud

EL CERTIFICADO ADJUNTO DE INMUNIZACIÓN DEBE PRESENTARSE EN O ANTES DEL PRIMER DÍA DE CLASES PARA QUE SU HIJO PUEDA ASISTIR A LA ESCUELA.

La ley estatal de Washington requiere certificado de inmunización para todos los escolares. Se debe impedir la asistencia a la escuela de los niños que no entreguen el comprobante o las exenciones correspondientes para cumplir los requisitos de inmunización (RCW 28A.210 & WAC 180-38 & 246-100-166).

COMPLETE EL CERTIFICADO DE INMUNIZACION CON LO SIGUIENTE:

- Anote el mes, día, y año, en los cuales el niño/a recibió cada dosis de la vacuna requerida. (Si Ud. no sabe el día específico, el profesional de servicios de salud asumirá el primero del mes.)

O

- Completar una de las declaraciones de exención. (Por favor tenga presente que su hijo será excluido de la escuela mientras dure el brote de una enfermedad que pueda prevenirse mediante una vacuna para la cual está exento.)

O

- Notifique a la escuela que ha comenzado una planilla de inmunización y que la completará de acuerdo con las recomendaciones de su médico. Las inmunizaciones las encontrará donde su médico particular, o las puede obtener en:

Días laborables:

Clark County Public Health Department
1601 East 4th Plain Boulevard
Vancouver, WA 98663

Teléfono: (360) 397-8000

- Lleve la tarjeta de inmunizaciones de su niño/a al Distrito de Salud de Clark County Public Health Department para asegurar que su niño/a reciba la vacuna correcta.

FIRME EL CERTIFICADO INDICANDO QUE SU INFORMACION ES CORRECTA.

Por favor póngase en contacto con la escuela de su niño/a si necesita mayor información para la preparación del certificado.



Certificado del estado de vacunación (CIS)

Office Use Only:

Reviewed by: _____ Date: _____

Signed Cert. of Exemption on file? Yes No

Escriba con letra de molde. Al reverso encontrará instrucciones sobre cómo llenar este formulario u obtener un impreso del Registro de vacunación.

Apellido del niño(a): _____ **Nombre:** _____ **Inicial del 2º nombre:** _____ **Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):** _____ **Sexo:** _____

Símbolos abajo: Obligatoria para escuela y guardería/preescolar
 Obligatoria sólo para guardería/preescolar

Nombre del padre, madre o tutor (escriba con letra de molde): _____

Certifico que la información presentada en este formulario es correcta y verificable.

Firma obligatoria del padre, madre o tutor _____ **Fecha** _____

| Vacuna | Dosis | Fecha | | |
|--|-------|-------|-----|-----|
| | | Mes | Día | Año |
| ◆ Hepatitis B (Hep B) | | | | |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| o Hep B - calendario alternativo de 2 dosis para adolescentes | | | | |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Rotavirus (RV1, RV5) | | | | |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| ◆ Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP, DTP, DT) | | | | |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| ◆ Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap, Td) | | | | |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| ● Haemophilus influenzae tipo b (Hib) | | | | |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| ● Infección neumocócica (PCV, PPSV) | | | | |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |

| Vacuna | Dosis | Fecha | | | | | |
|--|-------|-------|-----|--------------------|--|-------|--|
| | | Mes | Día | Año | | | |
| ◆ Polio / poliomielitis (IPV, OPV) | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| | 3 | | | | | | |
| | 4 | | | | | | |
| Gripe / influenza (la vacuna más reciente) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| ◆ Sarampión, paperas (parotiditis), rubéola (MMR) | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| ◆ Varicela o verifique la enfermedad en 1) a 4) ▶ | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| Hepatitis A (Hep A) | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| Infección meningocócica (MCV, MPSV) | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | |
| Virus del papiloma humano (HPV) | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| | 3 | | | | | | |
| Office Use Only: Immunization information updated and verified with parent/guardian permission: | | | | | | | |
| Printed Staff Name | | Date | | Printed Staff Name | | Date | |
| _____ | | _____ | | _____ | | _____ | |
| Printed Staff Name | | Date | | Printed Staff Name | | Date | |
| _____ | | _____ | | _____ | | _____ | |

Si el niño nombrado en este CIS tuvo varicela (y no la vacuna), deberán verificarse los antecedentes de la enfermedad. **Marque la opción 1, 2, 3 ó 4 a continuación – véase el #5 al reverso.**

1) Varicela verificada por un impreso del Registro de vacunación de "CHILD Profile"
Para ser válido deberá estar marcado como impreso (no a mano).

2) Varicela verificada por proveedor médico (PM)
Si elige esta casilla, marque el 2A ó el 2B abajo.
2A) Nota firmada del PM adjunta O
2B) PM firmó aquí y escribió su nombre abajo:

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

3) Varicela verificada por el personal escolar con el Registro de vacunación de "CHILD Profile"
Si elige esta casilla, el personal deberá escribir sus iniciales indicando que el padre, madre o tutor lo aprueba: _____ (iniciales) _____ (fecha)

4) Varicela verificada por padre o madre*
Si elige esta casilla, escriba la fecha o edad en que el niño(a) tuvo la enfermedad:
 Edad/fecha de la enfermedad: _____
 * **SÓLO** puede verificarla para algunos grados; véase el #5 (4) al reverso.

Si se puede demostrar mediante análisis de sangre (valor cuantitativo) que el niño es inmune y no ha recibido la vacuna, pídale a su PM que llene este recuadro. Documentación de inmunidad a la enfermedad

Certifico que se ha demostrado con pruebas de laboratorio que el niño nombrado en este CIS tiene inmunidad (valor cuantitativo) contra las siguientes enfermedades marcadas. **El informe o informes de laboratorio firmados también deberán estar adjuntos.**

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Polio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Rubéola | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> Tétanos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Varicela | _____ |

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

Instrucciones para llenar el Certificado del estado de vacunación (CIS): obtenga un impreso del Registro de vacunación 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 de "CHILD Profile" (base de datos de todo el estado de Washington). Si le dicen que sí, pídale imprimir el certificado CIS de "CHILD Profile" 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 sistema de "CHILD Profile", 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.

#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 aquí -----▶

| 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 |

#4 Si su hijo recibe una vacuna múltiple (una inyección que lo protege contra varias enfermedades), consulte la Guía de referencia a continuación 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 cuatro opciones para anotar esto en el certificado CIS:

- 1) Si el certificado CIS de su hijo se imprime directamente del Registro de vacunación de "CHILD Profile" (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).
- 2) 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.
- 3) Si el personal escolar accede al Registro de vacunación de "CHILD Profile" y puede verificar que su hijo ha tenido varicela, el personal marcará la casilla 3. Luego, el personal deberá escribir sus iniciales y la fecha para indicar que obtuvo la aprobación del padre, madre o tutor para marcar esta casilla (es decir, hacer este cambio) en el certificado CIS.
- 4) Si su hijo comenzó a asistir al jardín de infancia (kindergarten) en el año escolar 2008-2009 o posteriormente, usted **NO PUEDE** marcar esta casilla. Si su hijo comenzó a asistir al jardín de infancia antes del año escolar 2008-2009, marque esta casilla si usted sabe que él o ella ha tenido varicela. Si marca la casilla 4, también deberá escribir la edad o fecha aproximada en que su hijo tuvo varicela. Para averiguar qué grados exigen la vacuna contra la varicela (o antecedentes), consulte: <http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/schools/vaccine.htm>

#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.

#8 Si una escuela o guardería hace un cambio en su certificado CIS, el personal escribirá su nombre y la fecha en el recuadro inferior de la columna de en medio para mostrar que usted dio su aprobación.

Guía de referencia

Guía de Referencia

| Nombres comerciales de las vacunas en orden alfabético | | | | | | | | | |
|---|-------------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|---------------|
| (Puede consultar listas actualizadas en http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf) | | | | | | | | | |
| Nombre comercial | Vacuna | Nombre comercial | Vacuna | Nombre comercial | Vacuna | Nombre comercial | Vacuna | Nombre comercial | Vacuna |
| ActHIB | Hib | Engerix-B | Hep B | Ipol | IPV | Pentavalente | DTaP + Hep B + Hib | TriHIBit | DTaP + Hib |
| Adacel | Tdap | Fluarix | Gripe / flu (TIV) | Infanrix | DTaP | Pneumovax | PPSV o PPV23 | Tripedia | DTaP |
| Afluria | Gripe / flu (TIV) | FluLaval | Gripe / flu (TIV) | Kinrix (Knrx) | DTaP + IPV | Prevnar | PCV o PCV7 o PCV13 | Twinrix (Twnrx) | Hep A + Hep B |
| Boostrix | Tdap | FluMist | Gripe / flu (LAIV) | Menactra | MCV o MCV4 | ProQuad (PrQd) | MMR + Varicela | Vaqta | Hep A |
| Cervarix | HPV2 | Fluvirin | Gripe / flu (TIV) | Menomune | MPSV o MPSV4 | Quadracel (Qdrcel) | DTaP + IPV | Varivax | Varicela |
| Comvax (Cmvx) | Hep B + Hib | Fluzone | Gripe / flu (TIV) | Pediarix (Pdrx) | DTaP + Hep B + IPV | Recombivax HB | Hep B | | |
| Daptacel | DTaP | Gardasil | HPV4 | PedvaxHIB | Hib | Rotarix | Rotavirus (RV1) | | |
| Decavac | Td | Havrix | Hep A | Pentacel (Pntcl) | DTaP + Hib + IPV | RotaTeq | Rotavirus (RV5) | | |

| Abreviaciones de las vacunas en orden alfabético | | | | | | | |
|---|---|----------------------------|--------------------------------------|--------------------|--|------------------|---|
| (Puede consultar listas actualizadas en http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf) | | | | | | | |
| Abreviaciones | Nombre completo de la vacuna | Abreviaciones | Nombre completo de la vacuna | Abreviaciones | Nombre completo de la vacuna | Abreviaciones | Nombre completo de la vacuna |
| DT | Difteria, tétanos | Hep A (HAV) Hep B (HBV) | Hepatitis A Hepatitis B | MPSV o MPSV4 | Vacuna antimeningocócica polisacárida | Rota (RV1 o RV5) | Rotavirus |
| DTaP | Difteria, tétanos, tos ferina acelular | Hib | <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | MMR / MMRV | Vacuna triple vírica contra sarampión, paperas (parotiditis), rubéola / más varicela | Td | Tétanos, difteria |
| DTP | Difteria, tétanos, tos ferina | HPV | Virus del papiloma humano | OPV | Vacuna antipoliomielítica oral | Tdap | Tétanos, difteria, tos ferina acelular |
| Gripe / flu (TIV o LAIV) | Vacuna antigripal / contra la influenza | IPV | Vacuna antipoliomielítica inactivada | PCV o PCV7 o PCV13 | Vacuna antineumocócica conjugada | TIG | Concentrado de inmunoglobulinas antitetánicas |
| HBIG | Concentrado de inmunoglobulinas antihepatíticas B | MCV o MCV4 | Vacuna antimeningocócica conjugada | PPSV o PPV23 | Vacuna antineumocócica polisacárida | VAR o VZV | Varicela |

Si tiene alguna discapacidad y necesita este documento en otro formato, no dude en llamar al 1-800-525-0127 (TDD/TTY 1-800-833-6388).

Spanish

DOH 348-013 January 2010

EVERGREEN PUBLIC SCHOOLS

Family Emergency Plan

Elementary School

In the event of an early or emergency school closure, your child and the school need to know where he/she should go. Please discuss this information with your child, and then fill out this form for **each** child you have at this school. Please return the white and yellow copies to school, and retain the pink copy for your records. Please keep in mind that the telephone **will not be available** to your child.

| | | | | |
|--|---------------|---------------------|---------------------|----------------|
| Student Name: _____ | | Date: _____ | | |
| Teacher: _____ | | Grade: _____ | | |
| Brothers and Sisters at this school (beginning with the oldest): | | | | |
| Name: _____ | | Grade: _____ | Teacher: _____ | |
| Name: _____ | | Grade: _____ | Teacher: _____ | |
| Name: _____ | | Grade: _____ | Teacher: _____ | |
| Contacts: | Home # | Work Phone # | Cell Phone # | Pager # |
| Mother: _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Father: _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Other: _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

| PLEASE CHECK ONE OPTION | |
|---|--|
| I will pick up my child: | |
| My child is to go home as usual by: <input type="checkbox"/> Bus # _____ <input type="checkbox"/> Walk Home | |
| My child is to go to the normal day care provider: | |
| My child is to go to the home of: Name: _____ | |
| Address: _____ Phone #: _____ | |
| They will get there by: <input type="checkbox"/> Bus # _____ <input type="checkbox"/> Walking Home | |
| My child will be picked up by one of the following people: (Identification will be required.) | |
| Name: _____ Phone #: _____ | |
| Name: _____ Phone #: _____ | |
| Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____ | |
| Your signature authorizes the school to release your child to the party listed above. | |

EMERGENCY INFORMATION HOTLINE 604-3637

Radio and TV stations will be your primary information sources for emergency school closure.

Flash Alert: Sign up to receive e-mail and phone text notification of school closures, snow closures, and schedule changes on the Evergreen Public Schools website at **www.egreen.wednet.edu**.

White – Teacher Copy Canary – Office Copy Pink – Parent Copy

EVERGREEN SCHOOL DISTRICT NO. 114

Health and Emergency Form

Please print in blue or black ink.

School: _____ Grade: _____ Previous School: _____

Student Name: _____ Gender: _____ Birthdate: _____

Student Address: _____ ADDRESS CITY/STATE/ZIP

Father: _____ NAME HOME PHONE WORK PHONE CELL PHONE

Mother: _____ NAME HOME PHONE WORK PHONE CELL PHONE

MY CHILD HAS HEALTH PROBLEM(S): *If yes, please list problems below. [] YES [] NO

HEALTH PROBLEM(S):

Please list and describe each of your student's health problem(s) below. (Such as asthma, diabetes, seizures, bee sting, etc.)

Special instructions related to health problem(s) listed above: _____

MEDICATIONS TAKEN:

If medications are to be taken during school hours, the original container must be maintained within the school office with the health care provider's directions and the Authorization for Administration of Medication at School form signed by the health care provider and parent/guardian allowing school personnel to administer the medication.

Medication _____ Prescribed by _____

Medication _____ Prescribed by _____

SCHOOL/PHYSICAL ACTIVITIES:

Please list all school/physical activities in which student should not participate. Parent or guardian must provide documentation as to reasons for non-participation.

EMERGENCY AUTHORIZATION/INFORMATION RELEASE:

Various state and federal laws prohibit the release of medical information. We are requesting authorization to release on a "need to know" basis health information which will help staff attend to your child's health needs. Examples of such situations would be to share health information with teachers and bus drivers, when students have health conditions such as asthma, diabetes, seizures, bee sting, etc. which may require special attention and/or emergency preparedness. Sharing of this health information will allow staff to be better prepared if a medical emergency arises.

School personnel may share information as needed to protect the health and safety of my child.

In an emergency, I authorize school personnel to call Dr. _____ Phone: _____

or Dr. _____ Phone: _____ Preferred Hospital: _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ Date: _____



REQUEST FOR RELEASE OF STUDENT ACADEMIC AND IMMUNIZATION INFORMATION - ELEMENTARY SCHOOLS

PREVIOUS SCHOOL INFORMATION: _____ DATE _____

SCHOOL _____

ADDRESS _____

PHONE _____ FAX _____

STUDENT NAME _____ BIRTHDATE _____ GR _____

The above student has registered at:

- Burnt Bridge Creek**
14619-A NE 49th St.
Vancouver, WA 98682
(360) 604-6750
FAX (360) 604-6751
- Endeavour**
2701 NE Four Seasons Ln
Vancouver, WA 98684
(360) 604-4920
FAX (360) 604-4922
- Illalhee**
19401 SE 1st St.
Camas, WA 98607
(360) 604-3350
FAX (360) 604-3352
- Riverview**
12601 SE Riveridge Dr.
Vancouver, WA 98683
(360) 604-6625
FAX (360) 604-6627
- Burton**
14015 NE 28th St.
Vancouver, WA 98682
(360) 604-4975
FAX (360) 604-4977
- Fircrest**
12001 NE 9th St.
Vancouver, WA 98684
(360) 604-6925
FAX (360) 604-6927
- Image**
4400 NE 122nd Ave.
Vancouver, WA 98682
(360) 604-6850
FAX (360) 604-6852
- Sifton**
7301 NE 137th Ave.
Vancouver, WA 98682
(360) 604-6675
FAX (360) 604-6677
- Columbia Valley**
17500 SE Sequoia Cir.
Vancouver, WA 98683
(360) 604-3375
FAX (360) 604-3377
- Fisher's Landing**
3800 SE Hiddenbrook Dr.
Vancouver, WA 98683
(360) 604-6650
FAX (360) 604-6652
- Marrion**
10119 NE 14th St.
Vancouver, WA 98664
(360) 604-6825
FAX (360) 604-6827
- Silver Star**
10500 NE 86th St.
Vancouver, WA 98662
(360) 604-6775
FAX (360) 604-6777
- Crestline**
13003 SE 7th St.
Vancouver, WA 98683
(360) 604-3325
FAX (360) 604-3327
- Harmony**
17404-A NE 18th St.
Vancouver, WA 98684
(360) 604-6600
FAX (360) 604-6602
- Mill Plain**
400 SE 164th Ave.
Vancouver, 98684
(360) 604-6800
FAX (360) 604-6802
- Sunset**
9001 NE 95th St.
Vancouver, WA 98662
(360) 604-6900
FAX (360) 604-6902
- Early Childhood Center**
14405 NE 28th St.
Vancouver, WA 98682
(360) 604-3925
FAX (360) 604-3927
- Hearthwood**
801 NE Hearthwood Blvd.
Vancouver, WA 98684
(360) 604-6875
FAX (360) 604-6877
- Orchards**
11405 NE 69th St.
Vancouver, WA 98662
(360) 604-6975
FAX (360) 604-6977
- York**
9301 NE 152nd Ave.
Vancouver, WA 98682
(360) 604-3975
FAX (360) 604-3977
- Ellsworth**
512 SE Ellsworth Rd.
Vancouver, WA 98644
(360) 604-6950
FAX (360) 604-6952
- Home Choice Academy**
PO Box 8910
Vancouver, WA 98668
(360) 604-4032
FAX (360) 604-4116
- Pioneer**
7212 NE 166th Ave.
Vancouver, WA 98682
(360) 604-3300
FAX (360) 604-3302

Please sent all pertinent information from this student's records that will assist us in planning and carrying out his/her educational program. Please include:

- Immunizations
- Discipline
- Fines
- ELL
- Report Cards
- State Assessment Scores
- Highly Capable/Gifted
- 504 Plan
- Title 1

_____ Special Education

As provided under the Family Rights and Privacy Act of 1974, I understand that I may obtain a copy of my child's personally identifiable records. I am aware that I may challenge the content of these records. Finally, no one will send these records to a non-public school agency without my written consent.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

WHITE – Receiving School

YELLOW – Sending School District



REQUEST FOR RELEASE OF STUDENT ACADEMIC AND IMMUNIZATION INFORMATION - MIDDLE SCHOOLS

PREVIOUS SCHOOL INFORMATION: DATE _____

SCHOOL _____

ADDRESS _____

PHONE _____ FAX _____

STUDENT NAME _____ BIRTHDATE _____ GR _____
(Please Print)

The above student has registered at:

Cascade
13900 NE 18th St.
Vancouver, WA 98684
(360) 604-3600
FAX (360) 604-3614

iQ Academy
PO Box 8910
Vancouver, WA 98668
(360) 604-4057
FAX (360) 604-4115

Covington
11200 NE Rosewood Rd.
Vancouver, WA 98662
(360) 604-6300
FAX (360) 604-6302

Pacific
2017 NE 172nd Ave.
Vancouver, WA 98684
(360) 604-6500
FAX (360) 604-6502

Frontier
7600 NE 166th Ave.
Vancouver, WA 98682
(360) 604-3200
FAX (360) 604-3202

Shahala
601 SE 192nd Ave.
Vancouver, WA 98683
(360) 604-3800
FAX (360) 604-3822

Home Choice
PO Box 8910
Vancouver, WA 98668
(360) 604-4032
FAX (360) 604-4116

Wy'east
1112 SE 136th Ave.
Vancouver, WA 98683
(360) 604-6400
FAX (360) 604-6402

Please sent all pertinent information from this student's records that will assist us in planning and carrying out his/her educational program. Please include:

- Immunizations
- Discipline
- Fines
- ELL
- Report Cards/Transcripts
- State Assessment Scores
- Highly Capable/Gifted
- 504 Plan
- Title 1

____ Special Education

Comments: _____

As provided under the Family Rights and Privacy Act of 1974, I understand that I may obtain a copy of my child's personally identifiable records. I am aware that I may challenge the content of these records. Finally, no one will send these records to a non-public school agency without my written consent.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

**CLARK COUNTY SCHOOL DISTRICTS
CLARK COUNTY, WASHINGTON**

Call Made _____
Date

Homeroom Advisor/Teacher:

Form Sent _____
Date

Records Sent _____
Date

REQUEST FOR SENDING PERSONALLY IDENTIFIABLE RECORDS

Student _____ **Date** _____

Birthdate _____

I request an exchange of records:

_____ **Permanent Records**

_____ **Health Records**

_____ **Special Education Records (including speech and language records)**

_____ **Other** _____

This information is to be exchanged between the
'new' school name/address below:

'old' school name/address below:

and

for the following reason: _____

As provided under the Family Rights and Privacy Act of 1974, I understand that I may obtain a copy of my child's personally identifiable records. I am aware that I may challenge the content of these records. I also understand that the school will treat these records confidentially. Finally, no one will send these records to a non-public school agency without my written consent.

Signature

Relationship

Address

Phone



Encuesta sobre el idioma del hogar
 Estado de Washington
 Programa de enseñanza bilingüe de transición

| | | |
|---|--|-------|
| Nombre del alumno | | Fecha |
| Escuela | | Grado |
| SSID | | Sexo |
| 1. ____ Sí ____ No Si es afirmativo, indique cuál(es) idioma(s) | ¿En su hogar se habla otro idioma que no es inglés? Idioma(s) que habla con mayor frecuencia: El padre _____ La madre _____ El tutor _____ | |
| 2. ____ Sí ____ No Si es afirmativo, indique cuál(es) idioma(s) | ¿El primer idioma de su hijo es otro idioma que no es inglés? _____ | |
| _____ () _____ Nombre del padre o tutor Teléfono _____ Dirección Ciudad Código _____ País de origen del alumno _____ / _____ / _____ Firma del padre o tutor Fecha | | |
| De conformidad con WAC392-160-005. <ul style="list-style-type: none"> • “Idioma principal” significa el idioma que el alumno (no necesariamente los padres, tutores u otros) usa con más frecuencia) para comunicarse en su hogar. • “Alumno que reúne los requisitos” significa un alumno que cumple con las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> (a) El principal idioma del alumno tiene que ser otro idioma que no es inglés y (b) Los conocimientos de inglés del alumno deben ser tan deficientes o nulos que le afecta al aprendizaje. | | |

SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA **NÚMERO DOS** ANTERIOR FUE “**SÍ**”: REMITA AL ALUMNO A QUE LE HAGAN EL EXAMEN DE DOMINIO DEL INGLÉS DE WASHINGTON.

| |
|---|
| Conteste lo siguiente: |
| A. _____ ¿Durante cuántos meses asistió el alumno a una escuela en Estados Unidos (grados K – 12) antes de inscribirse en este distrito? |
| B. _____ ¿Durante cuántos meses recibió el alumno educación formal fuera de los Estados Unidos en su idioma materno (equivalentes a los grados K – 12) antes de inscribirse en este distrito? |
| Guía: <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) año escolar = diez (10) meses. • “Educación formal” no incluye escuelas en campamentos para refugiados ni otros programas no acreditados. • “Idioma materno” significa el idioma dominante de la familia. |