Washington School for the Deaf

Aplicación de Paquete

Admissions Office
Washington School for the Deaf
611 Grand Blvd
Vancouver, WA 98661
360-696-6525
www.wsd.gov

Table of Contents

Tabla de Contenido

Student Information **1**
Información del estudiante

Consent for Release of Information..... **2**
Consentimiento para la Divulgación de Información

Medicaid Eligibility Verification..... **3**
Verificación de elegibilidad para recibir los beneficios de Medicad

Internet Access Authorization **4**
Autorización de acceso a la Internet

Consent to Leave Campus **5**
Permiso para salir del recinto

Field Trip Permission Slip **6**
Permiso Field Trip

Consent to be Interviewed by DLR **7**
Consentimiento a entrevista con el DLR

Transportation Authorization and Consent **(Residential Only)** **8**
Transporte y permiso de uso de medios de transporte

Student Health Record **9**
Registro de salud del estudiante

Authorization for Treatment **10**
Autorización para el tratamiento

Insurance Card **11**
tarjeta del seguro

Immunization Record..... **12-13**
registro de vacunación

Attention families - please be aware WSD policy only allows service animals on campus. Thank you for not bringing household pets to games or other activities at WSD.

Las familias de atención - tenga en cuenta la política WSD permite sólo animales de servicio en el campus. Gracias por no llevar mascotas domésticas a juegos u otras actividades en WSD.

Student Information
Información del estudiante

STUDENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

STUDENT'S FULL LEGAL NAME / NOMBRE DEL ESTUDIANTE | FIRST NAME / NOMBRE | MIDDLE NAME / SEGUNDO NOMBRE | LAST NAME / APELLIDO

Returning Student: Yes ____ No____

ADDRESS / DIRECCIÓN | CITY / CIUDADS | STATE / ESTADO | ZIP / CÓDIGO POSTAL

BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO | BIRTH CITY / CIUDAD DE NACIMIENTO | GENDER / GÉNERO | EHNICITY

CURRENT GRADE / CALIDADES PARA EL AÑO ESCOLAR | COUNTY OF RESIDENCE / CONDADO DE RESIDENCIA | SCHOOL DISTRICT / EL DISTRITO ESCOLAR

PARENT/GUARDIAN INFORMATION / PADRE, MADRE O TUTOR

NAME OF PARENT OR GUARDIAN / NOMBRE DEL PADRE / TUTOR | FIRST / NOMBRE | MIDDLE / SEGUNDO NOMBRE | LAST ./ APELLIDO

MAILING ADDRESS / DIRECCIÓN DE CORREO | CITY / CIUDADS | STATE / ESTADO | ZIP / CÓDIGO POSTAL

PHONE: / TELÉFONO: VOICE / VOZ VP | CELL PHONE: / CELLULAR: VOICE / VOZ TEXT / TEXTO | EMAIL ADDRES: / DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

OTHER PHONE: / OTRA TELÉFONO: | WORK PHONE NUMBER / NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO | WORK EMAIL / TRABAJO DE CORREO ELECTRÓNICO

NAME OF PARENT OR GUARDIAN / NOMBRE DEL PADRE / TUTOR | FIRST / NOMBRE | MIDDLE / SEGUNDO NOMBRE | LAST ./ APELLIDO

MAILING ADDRESS / DIRECCIÓN DE CORREO | CITY / CIUDADS | STATE / ESTADO | ZIP / CÓDIGO POSTAL

PHONE: / TELÉFONO: VOICE / VOZ VP | CELL PHONE: / CELLULAR: VOICE / VOZ TEXT / TEXTO | EMAIL ADDRES: / DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

OTHER PHONE: / OTRA TELÉFONO: | WORK PHONE NUMBER / NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO | WORK EMAIL / TRABAJO DE CORREO ELECTRÓNICO

EMERGENCY CONTACT

RELATIVES, FRIENDS OR OTHERS WHO CAN CONTACT YOU IN CASE OF EMERGENCY
FAMILIARES, AMIGOS U OTROS ES QUIÉN PUEDEN CONTACTARLO EN CASO DE EMERGENCIA

NAME / NOMBRE | RELATIONSHIP / RELACIÓN | PHONE / NÚMERO DE TELÉFONO | PHONE / NÚMERO DE TELÉFONO

NAME / NOMBRE | RELATIONSHIP / RELACIÓN | PHONE / NÚMERO DE TELÉFONO | PHONE / NÚMERO DE TELÉFONO

OTHER INFORMATION / OTRA INFORMACIÓN

WHAT IS THE PRIMARY LANGUAGE USED AT HOME (please circle one) ¿CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL (haga un círculo en uno)

ASL ENGLISH / INGLÉS RUSSIAN / RUSO SPANISH / ESPAÑOL VIETNAMESE OTHER / OTROS: _____

WHO HAS LEGAL CUSTODY OF THE CHILD (Please attach court documents)
¿QUIÉN TIENE LA CUSTODIA LEGAL DEL NIÑO (Por favor adjuntar documentos de la corte)

Consent for Release of Information

Consentimiento a la transmisión de información

*** FOR OFFICE USE ONLY ***
SÓLO PARA OFFICE USO

To Whom: _____

School District / Agency: _____

Fax: _____

Attending School: _____

Fax: _____

Parents: Please fill out shaded area below.
Padres: Rellene las siguientes áreas sombreadas.

Date (Fecha): _____

Student (Estudiante): _____

Birthdate (Fecha de nacimiento): _____

School(s) (Escuela(s)): _____

_____

I authorize the above listed school(s) agencies to release any academic, sociological, psychological and medical information regarding the above-named student. All information shared will be treated in a confidential manner.

Autorizo a las indicadas agencias escolares a revelar cualquier información académica, sociológica, psicológica o médica relacionada con el estudiante arriba señalado. Dicha información compartida será tratada en forma confidencial.

PLEASE INCLUDE THE FOLLOWING:

FAVOR DE INCLUIR LO SIGUIENTE:

1. Current 3 year Evaluation Report for special education eligibility
   Análisis sumario e informes de respaldo
2. Current IEP (Including Transition/Functional Behavior Assessment/Behavior Intervention Plan if applicable)
   IEP actual (Plan de educación personalizada / Evaluación de transición / Evaluación de comportamiento funcional / Plan de intervención)
3. Annual review of IEP (benchmarks) — Resumen anual del Plan de educación personalizada (IEP) - (marcos de referencia)
4. Most recent report card — Informes de progreso (académico y de comportamiento)
5. High school transcripts (incl. state test scores i.e. MAP/HSPE) — Transcripciones
6. Immunization/medical records — Expedientes de inmunización y médicos
7. Audiologic report — Informe auditivo
8. Attendance records — (Informes de asistencia)
9. All behavior reports including detentions, referrals, suspensions and other documents related to behaviors
   Los informes relacionados con el comportamiento, incluyendo las detenciones, los referimientos, las suspensiones y otros documentos relacionados con la conducta
10. Other (Otros): _____

Parents: Please fill out shaded area below.
Padres: Rellene las siguientes áreas sombreadas.

Signature (Firma): _____

Relationship to the child: _____

(Relación con el niño o la niña):

Address (Dirección): _____

_____

PLEASE SEND REQUESTED INFORMATION TO:

Jamie Lafady, Administrative Assistant
Washington School for the Deaf
611 Grand Boulevard
Vancouver, WA 98661
Fax: (360) 418-4298 Office: (360) 719-4815 VP

PURPOSE

This form asks for your consent to obtain information from the Department of Social and Health Services, Medical Assistance Administration for the purpose of Medicaid eligibility verification. If you have questions regarding this request, you may call the WSD Special Education Secretary at 360-696-6525 x 0411 V/TTY for an explanation as to why the request is being made.

MEDICAID ELIGIBILITY VERFICATION

State law requires the school district to submit claims for health-related services provided to special education students or students referred for special education. These services include physical therapy, speech-language therapy, audiology, nursing, counseling, and psychological evaluation.

With your permission, we will submit your student's name and birth date to the Department of Social and Health Services (DSHS) to verify Medicaid eligibility. Such a request will in no way negatively impact services included in your child's individualized education program (IEP).

_____ **I do** give consent to verify Medicaid eligibility with DSHS.

_____ **I do not** give consent to verify Medicaid eligibility with DSHS.

Student Name | Date of Birth

Parent/Guardian Name (please print) | Parent/Guardian Signature | Date

PROPÓSITO

Este formulario solicita su consentimiento para la obtención de información de la Administración de asistencia médica del Departamento de servicios sociales y de salud (Department of Social and Health Services, Medical Assistance Administration), con el propósito de establecer la elegibilidad de su estudiante para recibir los beneficios de Medicaid. En caso de alguna pregunta relacionada con esta solicitud, podrá llamar al Director de educación especial de la WSD para que le explique el porqué se le está presentando esta solicitud.

VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE MEDICAID

Las leyes estatales requieren del distrito escolar someter reclamos por servicios de salud prestados a los estudiantes bajo programas de educación especial o referidos para seguir programas de educación especial. Estos servicios incluyen servicios de fisioterapia, terapia del habla y el lenguaje, audiología, enfermería, asesoramiento y evaluación psicológica.

Con su permiso, presentaremos el nombre y fecha de nacimiento de su estudiante al Departamento de servicios sociales y de salud (Department of Social and Health Services (DSHS)) para verificar su elegibilidad para recibir los beneficios del programa de Medicaid. Dicha solicitud en ningún modo afectará negativamente los servicios propios del programa de educación personalizada (IEP) de su hijo(a).

_____ **Doy** mi consentimiento a que verifiquen ante el DSHS la elegibilidad de mi hijo(a) para recibir los beneficios de Medicaid

_____ **No doy** mi consentimiento para que verifiquen la elegibilidad de mi hijo(a) para recibir los beneficios de Medicaid.

Nombre del estudiante | Fecha de nacimiento

Nombre del padre, madre o tutor (favor de escribir con letra de molde) | Firma del padre/madre o tutor | Fecha

INTERNET ACCESS AUTHORIZATION

Acceso a Internet de Autorización

By signing this section, you are authorizing WSD to assign your child an internet account and password for personal use outside of the normal school hours. Internet authorization for residential/academic students provides them with an opportunity to complete school work requiring internet research outside of school hours. Please refer to the Parent/Student Handbook for school policies on student use of internet services.

Consequences of misuse of internet services may include temporary suspension of access to internet use.

Al firmar esta sección estará autorizando a la WSD a asignar a su hijo(a) una cuenta Internet y la correspondiente contraseña, para su uso personal fuera del horario escolar. La autorización de acceso a la Internet a los estudiantes internos les ofrecerá la oportunidad de completar las tareas escolares que requieran investigación en la Internet fuera de su horario escolar. Consulte el manual de padres y alumnos de las políticas de la escuela en el uso de servicios de internet de los estudiantes.

Consecuencias del mal uso de los servicios de internet pueden incluir la suspensión temporal del acceso al uso de internet.

Parent/Guardian Name (please print) Nombre del padre, madre o tutor (favor de escribir con letra de molde)	Parent/Guardian Signature Firma del padre/madre o tutor	Date Fecha

Note: All students will have access to the internet under teacher supervision during classes that require internet research.
Nota: Todos los estudiantes tendrán acceso a la Internet, bajo supervisión de un maestro, cuando haya clases que requieran investigación por medio de la Internet.

Consent to Leave Campus

Permiso para salir del recinto

Name of Student _____
Nombre del estudiante

The above named student has permission to leave campus for outings and/or overnight or weekend visits with the following friends and/or relatives:
El/la estudiante arriba señalado(a) tiene permiso para salir del recinto para excursiones y/o pasar la noche o los fines de semana con los siguientes amigos o amigos y/o parientes:

Friend/Relative #1 Amigo/pariente #1

Name (Nombre) _____ Relationship (Relación o parentesco) _____

Address (Dirección) _____ Telephone Number (Número de teléfono) _____

Friend/Relative #2 Amigo/pariente #2

Name (Nombre) _____ Relationship (Relación o parentesco) _____

Address (Dirección) _____ Telephone Number (Número de teléfono) _____

Friend/Relative #3 Amigo/pariente #3

Name (Nombre) _____ Relationship (Relación o parentesco) _____

Address (Dirección) _____ Telephone Number (Número de teléfono) _____

RESTRICTED VISITATION: (explain) **The following person(s) does not have my permission to visit or take my child off campus.**
VISITAS RESTRINGIDAS: (explicar) **Las siguientes personas no tiene mi permiso para visitar o tomar a mi hijo fuera del campus.**

Name (Nombre) _____ Relationship (Relación o Parentesco) _____

Address (Dirección) _____ Telephone Number (Número de Teléfono) _____

NOTE: Use additional paper if necessary to explain. The WSD must have a court order on file for any restraining orders.
NOTA: Utilice papel adicional para detalles adicionales, de ser necesario. La WSD deberá tener en sus archivos las correspondientes órdenes restrictivas

I understand that WSD has no responsibilities or liabilities for my child when my child leaves campus with any of the above named.
Entiendo que WSD no tiene responsabilidades o pasivos para mi hijo cuando el nombre de mi campus de hojas de niño con alguno de los anteriores.

Parent/Guardian Name (please print) Nombre del padre, madre o tutor (favor de escribir con letra de molde)	Parent/Guardian Signature Firma del padre/madre o tutor	Date Fecha

Persons authorized to pickup students may be added or deleted.
Este formulario podrá ser agregado o cancelado por escrito mediante mensaje escrito del padre, madre o tutor dirigido a la Dirección de la escuela.

WSD Field Trip Authorization

Cupón de permiso escolar de la WSD

WSD academic and residential staff plan off-campus outings for students throughout the year. WSD staff accompanies the students on these off-campus outings and the students are supervised according to their individual supervision needs. Students and staff will walk, use public transportation or use state vehicles. Activities or educational outings will be planned at a variety of local locations. These locations may include but are not limited to the following:

El personal escolar de la WSD programa excursiones para los estudiantes durante todo el año. Dicho personal acompaña a los estudiantes durante estas excursiones fuera del recinto escolar, en las que los estudiantes son supervisados según sus exigencias y circunstancias particulares. Los estudiantes y el personal de la escuela caminarán, pasearán, usarán medios de transporte público o vehículos del estado. Eventos y excursiones educativas serán programados para una serie de lugares cercanos. Estos lugares podrían incluir los siguientes:

Parks *(Parques)* **:** *Ape Caves, Ft. Vancouver, Esther Short, Marshall Center, Marshall Park, Hazel Dell, Wintler, Battle Ground, Vancouver Lake, Klineline Pond, LaCamas Lake, Water Resource Center*

Community Educational Resources *(Recursos educativos)* **:** *Chestnut Lane Assisted Living (Gresham, Oregon), Downtown Vancouver , Fort Vancouver, Clark County Museum, Ft. Vancouver Library, Fort Vancouver Historical Area, Harney Elementary School, Oregon Children's Theater Productions (Keller Auditorium, Winningstad Theater, and/or Newmark Theater), Oregon Historical Society, Oregon Museum of Science and Industry (OMSI), Oregon School for the Deaf, Oregon Zoo, Portland Art Museum, Powell's Book Store (Portland), Recycling Center, World Forestry Center (Portland)*

Restaurants *(Restaurantes)* **:** *Du's Teriyaki, Cold Stone's Creamery, Subway, Taco Time, McDonald's, Taco Bell, Dairy Queen, Jack-in-the-Box, Burger King, Wendy's, Baskin Robbins, Shari's, Papa Murphys, Burgerville, Paper Tiger, Muchas Gracias, Izzy's, Kentucky Fried Chicken, Taste of Asia, Don Taco, Blind Onion, Igloo*

Banks *(Los bancos)* **:** *IQ Credit Union, Chase, Bank of America, Wells Fargo, First Independent, Today's Bank, Columbia Credit Union*

Fun in the Community *(Diversiones en la comunidad)* **:** *Family Fun Center Amusement Park, Clackamas Water Park, Downtown Vancouver, Firstenburg Center, Fred Meyer, Crosley Lanes, Jim Parsley Recreation Center, JJ Jump, Kid's Club in Salmon Creek and Lloyd Center Mall, Marshall Community center (pool), Mountain View Ice Arena, Oaks Park, Regal Cinemas, SWCDHH, Vancouver Mall, Washington State School for the Blind*

A reminder note of an upcoming fieldtrip will be sent home prior to the actual fieldtrip, giving you the specific details. By signing below you give permission for your child to participate in academic/residential upcoming events throughout the entire school year. Should you NOT want your child to attend a certain event, please notify the School Secretary at (360) 418 – 4341 or (360) 696 6525 ext 4341 or your child's Student Life Counselor.

Please sign and return this form so your child may participate in off campus activities.

Se enviarán recordatorios con los detalles del caso a los padres con relación a las próximas excursiones. Su firma al pie de este documento servirá para dar a su hijo(a) el permiso de participar en los próximos eventos durante todo el año escolar. En caso de que NO desee que su hijo(a) participe en un determinado evento, favor de avisar a la Secretaría de la escuela, llamando al (360) 418 – 4341 o al (360) 696 6525 ext 4341.

Favor de firmar y devolver esta planilla para que su hijo(a) pueda participar en dichos eventos fuera de la escuela.

Money for activities/outings may be:
El dinero necesario para dichos eventos o excursiones:

[ ] sent from home
(será enviado desde la casa)

[ ] taken from student's account
(deberá ser retirado de la cuenta del/de la estudiante)

_____
Student Name (Nombre del/de la estudiante)

_____
Signature of parent/guardian/student (Firma del padre, madre, tutor o estudiante) — Date (Fecha)

Consent to be Interviewed by DLR

Consentimiento a entrevista con el DLR

Dear Parent/Guardians:

The Washington School for the Deaf is collaborating with the Department of Licensed Resources (DLR) to ensure all students are safe while at WSD. In order to gather information, DLR interviews students and parents using a certified interpreter when needed. This is a great opportunity for you and your student to be involved in supporting WSD. Your involvement is valuable. Below are sample DLR Questions for both parents and students.

Please sign the bottom of this consent if you give permission for DLR to interview you and/or your child and thank you for your help.

Estimados padres o tutores:

La Washington School for the Deaf está colaborando con el Departamento de recursos licenciados (Department of Licensed Resources (DLR)), a fin de asegurarse de que todos los estudiantes estén a salvo mientras se encuentren en la WSD. A fin de recoger la información pertinente, el DLR entrevista regularmente a los estudiantes y a sus padres. Se hace uso de un intérprete certificado durante las entrevistas y los apellidos de los estudiantes y/o sus padres no serán revelados.

Esta es una gran oportunidad para que usted y sus hijos estudiantes puedan ayudar a la WSD. Su intervención será valiosa e importante. A continuación podrá ver preguntas modelo tanto para los padres como para los estudiantes.

Favor de firmar al pie de este formulario su consentimiento para que el DLR pueda entrevistarle a usted y/o a su hijo(a) y agradecerles su ayuda.

SAMPLE DLR STUDENT QUESTIONS

- How long have you been going to school at WSD?
- Do you have a teacher or staff person you feel comfortable sharing your feelings with?
- Has this person ever helped you solve or work with your problems or concerns?
- Is it easy for you to contact your parents while you are at school? Are there rules that tell you when you cannot call your parents?
- What happens if someone breaks a safety rule?
- Are there fire drills at school and in the cottages?
- Have any staff or students ever made you feel uncomfortable or made physical or verbal threats toward you? If so, did you tell one of the staff about it?
- Do you feel safe here? Do you think other students are safe here?

SAMPLE DLR PARENT QUESTIONS

- How long has your child lived at the School for the Deaf? (residential program)
- What is your general impression on the level of care your child is receiving in the residential program?
- Do you have any health and safety concerns about the residential program at the School for the Deaf?
- Do you think your child or other children in the facility receive adequate supervision while living in the residential program and the School for the Deaf? If no, what are your concerns?
- Do you feel that the residential program at the School for the Deaf keeps you informed on what's happening with your child?

PREGUNTAS MODELO PARA LOS ESTUDIANTES

- ¿Desde cuándo has estado estudiando en la WSD?
- ¿Cuentas con algún maestro o miembro del personal con el que te sientes cómodo y en confianza para compartir cómo te sientes?
- ¿Te ayudó alguna vez esta persona a resolver o tratar algún problema o preocupación?
- ¿Te es fácil comunicarte con tus padres mientras estás en la escuela? ¿Existe algún reglamento que te prohiba llamar a tus padres?
- ¿Qué sucede si alguien viola las normas de seguridad?
- ¿Existen simulacros de incendio en la escuela y los cottages?
- ¿Alguna vez algún miembro del personal o estudiante te hizo sentir miedo o te amenazó física o verbalmente? En caso afirmativo, ¿reportaste el hecho al personal?
- ¿Te sientes seguro(a) aquí? ¿Crees que los demás estudiantes están seguros aquí?

PREGUNTAS MODELO DEL DLR PARA LOS PADRES

- ¿Desde cuándo su hijo(a) ha residido en la Washington School for the Deaf? (internado)
- ¿Cuál es su impresión general sobre la calidad de atención que su hijo(a) está recibiendo en el internado?
- ¿Tiene usted alguna preocupación relacionada con la salud o la seguridad de su hijo(a) como interno(a) de la Washington School for the Deaf?
- ¿Considera usted que su hijo(a) y los otros estudiantes de la escuela reciben una supervisión adecuada en el internado de la Washington School for the Deaf? Si no, ¿qué le preocupa?
- ¿Piensa usted que la Washington School for the Deaf le mantiene debidamente informado(a) acerca del estado de su hijo(a)?

☐ I give permission for my child, _____, to be interviewed by the Department of Licensed Resources.
Doy mi autorización para que mi hijo(a), , sea entrevistado(a) por el Department of Licensed Resources.

☐ I am willing to be interviewed by the Department of Licensed Resources.
Estoy dispuesto a ser entrevistados por el departamento de licencia recursos.

_____

Parent/Guardian Signature — Date
Firma del padre/madre o tutor — Fecha

RESIDENTIAL STUDENTS ONLY

SÓLO PARA LOS ESTUDIANTES INTERNOS

Transportation Authorization

Entendimiento y permiso de uso de transporte aéreo o por autobús

Student Name (Please Print)
Nombre del estudiante (favor de escribir con letra de molde)

Student's Flight City/Bus Stop
Ciudad destino del estudiante / Parada final de autobús

All students under the age of 18 must be supervised by an adult until the student boards WSD provided transportation. Minor children may not wait at the airport/bus stop unattended. Parents/Guardians are responsible for meeting the plane/bus at the designated gate/stop at the scheduled time of arrival. Parents/Guardians may designate another adult to drop off/pick up their child.
Todos los estudiantes menores de 18 años deben estar supervisados por un adulto hasta que el estudiante placas WSD proporcionada transporte. Los hijos menores no pueden esperar en la parada de autobús del aeropuerto desatendida. Los padres y tutores son responsables de la reunión el plano/bus en la puerta/parada designada en la hora de llegada prevista. Los padres y tutores pueden designar otro adulto a soltar apagado/recoger su hijo.

1. I authorize the following adult individuals to pick up my child.
Autorizo a las siguientes personas adultas a recoger a mi hijo(a), en caso de yo no poder hacerlo o en caso de no hallarme en la puerta o parada de llegada:

Name Nombre | **Relationship to student** Relación o parentesco con el estudiante | **Phone Number** Número de teléfono

Name Nombre | **Relationship to student** Relación o parentesco con el estudiante | **Phone Number** Número de teléfono

Name Nombre | **Relationship to student** Relación o parentesco con el estudiante | **Phone Number** Número de teléfono

Name Nombre | **Relationship to student** Relación o parentesco con el estudiante | **Phone Number** Número de teléfono

2. I ***will not allow*** the following person(s) to pick up my child: *No permitiré a* la(s) siguiente(s) persona(s) recoger a mi hijo(a):

No child under the age of 18 will be left alone at a gate/stop.
FOR THE SAFETY OF STUDENTS, PARENTS WILL BE ASKED TO SIGN A RELEASE AT THE TIME OF PICK UP. PLEASE APPROACH THE TRANSPORTATION MONITOR/AIRLINE REPRESENTATIVE TO SIGN OUT YOUR CHILD. BE PREPARED TO SHOW IDENTIFICATION.

I understand that I may choose one flight/bus stop. I understand the Washington School for the Deaf will transport my child from/to Vancouver, Washington only to the stated above designated city/stop on weekend travel dates. (Please refer to school calendar for specific travel dates).
I understand that WSD will not alter this destination without prior approval from the Transportation Secretary or Superintendent's office. WSD only transports students on their regularly scheduled plane/bus. If my child is not traveling on WSD's provided plane/bus, I must fill out a
Release Form and submit it to the Transportation Secretary by TUESDAY AT 5:00 PM. I understand I will have to provide my child's
transportation and pay for the cost.

By signing this AUTHORIZATION, I acknowledge I have read, understand and agree with its contents and I am responsible for meeting my child on time.

Ningún menor de 18 años será dejado solo en la puerta o parada de llegada.
PARA SEGURIDAD DE LOS ESTUDIANTES, SE PEDIRÁ A LOS PADRES O TUTORES FIRMAR UN DESCARGO AL MOMENTO DE RECOGER A SUS HIJOS. FAVOR DE ACERCARSE AL SUPERVISOR DE TRANSPORTE O REPRESENTANTE DE LA LÍNEA AÉREA PARA FIRMAR EL RECIBO DE SU HIJO(A). ESTÉ PREPARADO PARA MOSTRAR UNA IDENTIFICACIÓN.

Entiendo que podré escoger una puerta de llegada o una parada de autobús. Queda entendido que la Washington School for the Deaf transportará a mi hijo(a) desde o hasta Vancouver, Washington sólo a las indicadas ciudades o paradas de autobús en las fechas de viaje de fines de semana. (Favor de consultar el calendario escolar para las fechas exactas de los viajes) Queda entendido que la WSD no alterará este destino sin la aprobación del/de la Secretario(a) de transporte o la Superintendencia. La WSD sólo transporta a los estudiantes en sus viajes en avión o autobús regularmente programados. En caso de que mi hijo(a) no vaya a viajar en el avión o autobús provisto por la WSD, deberé llenar un formulario de descargo y presentarlo al/a la Secretario(a) de transporte ANTES DEL MARTES A LAS 5:00 P.M. Queda entendido que tendré que hacer arreglos para el transporte de mi hijo(a), a mi propia costa. Entiendo también el hecho de que mi hijo(a) será transportado(a) únicamente hasta la ciudad o parada convenida.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO DE ENTENDIMIENTO Y PERMISO, admito haber leído, entendido y acordado su contenido y ser responsable de recoger puntualmente a mi hijo(a) en su ciudad o parada de destino.

Signature of Parent/Guardian
Firma del padre, madre o tutor

Date
Fecha

Home number
Número de teléfono residencial

Work number
Número de teléfono del trabajo

Cell number
Número del teléfono celular

Pager number / email address
Número del buscapersonas / dirección de correo electrónico

Student Health Record 2016-2017 Expediente médico del estudiante, año 2016-2017

STUDENT NAME: _____ **SEX:** _____ **DOB:** _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE SEXO FECHA DE NACIMIENTO

Medical Permission / Autorización médica	**Yes** Sí	**No** No	**Restrictions /** Restricciones
Local/community providers (physicians, nurse practitioners, and physician assistants) and providers contracted/employed by WSD may provide Urgent/Emergency medical care as needed. (*Non-urgent care should continue at home).* Proveedores locales / comunidad (médicos, enfermeras practicantes y asistentes médicos) y los proveedores contratados / empleado por WSD puede brindar atención médica de urgencia / emergencia cuando sea necesario. (Atención no urgente debe continuar en casa).			
My child's physicians/providers may be contacted as needed. Se pueden comunicar con los médicos de mi hijo cuando sea necesario.			
I give permission for WSD staff to act on my behalf when making emergency medical decisions, should I be unavailable in an emergency. Le doy permiso al personal de WSD para actuar en mi nombre cuando se tomen decisiones médicas de emergencia si no estoy disponible en caso de emergencia.			
WSD nurses and delegated staff may administer prescription medications, over the counter medications and treatments prescribed by a licensed provider. Please note any medications or treatments that should not be given related to allergies or health conditions. Enfermeras y personal delegado WSD pueden administrar medicamentos de venta con receta, medicamentos de venta libre y tratamientos prescritos por un proveedor autorizado. Tenga en cuenta los medicamentos o tratamientos que no se debe dar relacionado con alergias o problemas de salud.			
Nurses may convey confidential medical information, only as they perceive beneficial to the health and safety of the student, to staff working with my child. Las enfermeras pueden transmitir información médica confidencial, sólo como ellos perciben beneficioso para la salud y seguridad de los estudiantes, al personal que trabaja con mi hijo.			
I will share my e-mail in hopes that the nurses keep in weekly contact with me regarding the refill of my student's medication/s. Les doy mi dirección de correo electrónico con la esperanza de que las enfermeras se mantengan en contacto conmigo cada semana para avisar cuando sea necesario volver a surtir la(s) medicina(s) del estudiante.			E-mail: Nuestra dirección de correo electrónico:
Nurses may leave health information about my child's condition on their voicemail or signmail at phone numbers provided. Las enfermeras pueden dejar información médica sobre la condición de mi hijo en su voicemail o signmail a números de teléfono proporcionados.			Numbers Allowed: Números permitidos:
Nurses may give my child his/her medication to bring home for the weekend or vacation in the event no staff is available to transport it. Enfermeras pueden dar a mi niño su medicamento para llevar a casa para el fin de semana o las vacaciones en caso de que no hay personal está disponible para el transporte.			

Medical History / Historial médico	**Parent Comments /** Comentarios de los padres
Health Conditions that are Life Threatening: Any condition that is life threatening, according to RCW 28A.210 Sec. I requires that a nursing plan/ECP be in place before the student attends school. Las condiciones de salud que amenazan la vida: Cualquier condición que amenaza la vida, de acuerdo con RCW 28A.210 Sec. I requiere que un plan de enfermería / ECP estar en su lugar antes de que el estudiante asista a la escuela.	Please note any health condition(s) that are life threatening: **(asthma, seizures, diabetes, allergies, etc.)** Por favor anote todos los problemas de salud que ponen la vida en peligro:
Please list any/all allergies to medications, foods, environmental or insect stings. Por favor escriba cualquier / todas las alergias a medicamentos, alimentos, picadura de insect del medio ambiente.	
Special Instructions/Care Needs. Necesidades Instrucciones Especiales / Cuidado.	
Please list all acute/chronic medical conditions and concerns. Por favor, enumere todas las condiciones agudas / crónicas médicas y preocupaciones.	
Special Diet for any medical reasons (must be accompanied by a signed provider dietary order) or religious reasons. Dieta especial por ninguna razones médicas o religiosas (debe ir acompañado de una orden firmada por el médico de la dieta).	Restriction: Restricción: Reason: La razón:
Activity Restrictions/Modifications (must have signed provider order). Restricciones de Actividad / Modificaciones (deben haber firmado orden de los proveedores).	Restriction: Restricción: Reason: La razón:
Insurance Information Información del seguro médico	
Name & Address of Insurance Company Nombre y dirección de la compañía de seguro:	Policy & Group Numbers/Union & Local: Número de póliza y grupo/ Sindicato y local

I am responsible for providing payment or medical insurance coverage for my student including medical expenses, evacuation and/or emergency transportation charges. Washington School for the Deaf does not provide medical insurance coverage for students and will not be held responsible for medical expenses under any circumstance. Note: We would appreciate your bringing medical card so we can make a copy during registration.
Yo tengo la responsabilidad de pagar o proporcionar la cobertura de seguro medico para el estudiante, incluyendo los gastos médicos, los cargos en caso de evacuación y/o transporte de emergencia. La Washington School for the Deaf no provee cobertura de seguro médico para los estudiantes y no será responsable de los gastos médicos bajo ninguna circunstancia. Nota: le agradeceríamos que traiga la tarjeta del seguro médico de modo que podamos sacarle una fotocopia durante la inscripción.

Parent Signature_____ **Date:**_____

Washington School for the Deaf
Authorization for Medications & Treatments at school

Attention Parents

If your student needs to take medications at school this form needs to be signed by your doctor and on file at Washington School for the Deaf

We appreciate the name of your student's physician if they receive medication from you during the year.

Atención padres

Si el estudiante tiene que tomar medicinas en la escuela, esta planilla tiene que ser firmada por su doctor y debe ser guardada en los archivos de la Washington School for the Deaf

Apreciamos el nombre del médico de su estudiante si reciben medicamentos de durante el año.

Student's Name_____ DOB_____
Nombre del estudiante Fecha de nacimiento

Physician/Primary Care Provider Information Información sobre el doctor/ el profesional del cuidado de la salud	
Physician's Name (printed): **Nombre del doctor (escrito en imprenta):**	**Clinic's Name:** **Nombre de la clínica:**
Address (city, state, zip): **Dirección:**	
Phone: **Número de teléfono:**	**Fax:** **Número de fax:**

Medication Medicina	Dosage Dosis	Route Vía	Times per Day Nº de veces al día	Reason for Med Razón por la que toma la medicina

Diet Restriction_____
Restricción de la dieta

Activity Restriction_____
Restricciones de sus actividades:

Can student self-carry medications? **Yes** _____ **No** _____
¿Puede el estudiante medicamentos auto-carry? Sí No

Can student self-administer medications (including inhalers)? **Yes** _____ **No** _____
Can medicamentos estudiante auto-administrarse (incluyendo inhaladores)? Sí No

Provider (physician, nurse practitioner, or physician assistant) signature required for WSD Nurses to administer prescription and over-the-counter medication(s), for WSD food service to offer special diet plan, and/or WSD staff to ensure activity restrictions.
Proveedor (médico, enfermera o asistente médico) firma requerida para Enfermeras WSD para administrar medicamentos con o sin receta médica (s), para el servicio de alimentos WSD para ofrecer el plan de alimentación especial, y / o el personal de WSD para garantizar restricciones de actividades.

Physician Signature _____ **Date:** _____

Copy of Medical Insurance Card
(Residential Students Only)

Copia de la tarjeta de seguro medico
(Sólo para los estudiantes residenciales)

.

Student's Name_____ DOB_____
Nombre del estudiante Fecha de nacimiento

Certificate of Immunization Status (CIS)

DOH 348-013 January 2010

Office Use Only:
Reviewed by: Date:
Signed Cert. of Exemption on file? ❑ Yes ❑ No

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:**

Symbols below: ◆ Required for School and Child Care/Preschool
● Required for Child Care/Preschool Only

Parent/Guardian Name (please print):

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

Parent/Guardian Signature Required **Date**

Vaccine	Dose	Date Month	Date Day	Date 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			

Vaccine	Dose	Date Month	Date Day	Date 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			

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

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**
(MD, DO, ND, PA, ARNP)
HCP Printed Name: _____

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 CHILD Profile Immunization Registry (Washington's statewide database). If they do, ask them to print the CIS from CHILD 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 CHILD Profile, ask for a copy of your child's vaccine record so you can fill it in by hand using steps #2-7 (below):

#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 ▶

EXAMPLE

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

#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 CHILD 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 CHILD 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 http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Engerix-B	Hep B	Ipol	IPV	Pentavalente	DTaP + Hep B + Hib	TriHIBit	DTaP + Hib
Adacel	Tdap	Fluarix	Flu (TIV)	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV or PPV23	Tripedia	DTaP
Afluria	Flu (TIV)	FluLaval	Flu (TIV)	Kinrix (Knrx)	DTaP + IPV	Prevnar	PCV or PCV7 or PCV13	Twinrix (Twnrx)	Hep A + Hep B
Boostrix	Tdap	FluMist	Flu (LAIV)	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad (PrQd)	MMR + Varicella	Vaqta	Hep A
Cervarix	HPV2	Fluvirin	Flu (TIV)	Menomune	MPSV or MPSV4	Quadracel (Qdrcl)	DTaP + IPV	Varivax	Varicella
Comvax (Cmvx)	Hep B + Hib	Fluzone	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)		

Vaccine Abbreviations in alphabetical order (For updated lists, visit http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)

Abbreviations	Full Vaccine Name	Abbreviations	Full Vaccine Name	Abbreviations	Full Vaccine Name	Abbreviations	Full Vaccine Name
DT	Diphtheria, Tetanus	Hep A (HAV) Hep B (HBV)	Hepatitis A Hepatitis B	MPSV or MPSV4	Meningococcal Polysaccharide Vaccine	Rota (RV1 or RV5)	Rotavirus
DTaP	Diphtheria, Tetanus, acellular Pertussis	Hib	*Haemophilus influenzae* type b	MMR / MMRV	Measles, Mumps, Rubella / with Varicella	Td	Tetanus, Diphtheria
DTP	Diphtheria, Tetanus, Pertussis	HPV	Human Papillomavirus	OPV	Oral Poliovirus Vccine	Tdap	Tetanus, Diphtheria, acellular Pertussis
Flu (TIV or LAIV)	Influenza	IPV	Inactivated Poliovirus Vaccine	PCV or PCV7 or PCV13	Pneumococcal Conjugate Vaccine	TIG	Tetanus immune globulin
HBIG	Hepatitis B Immune Globulin	MCV or MCV4	Meningococcal Conjugate Vaccine	PPSV or PPV23	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).

DOH 348-013 January 2010