



23-24

Escuela para Sordos de Washington
Paquete de solicitud de estudiante que regresa



611 GRAND BLVD • VANCOUVER, WA 98661
P. 360-696-6525 • contact.wsd@cdhy.wa.gov • wsd.wa.gov

La Escuela para Sordos de Washington (**WSD, por sus siglas en inglés**) divulgará la "información del directorio" de su estudiante como permite la ley, a menos que usted notifique explícitamente a la escuela por escrito que no desea que se divulgue su información del directorio. La función principal de la información del directorio es permitir que la Escuela para Sordos de Washington incluya información de los registros educativos de su hijo(a) en ciertas publicaciones escolares. Durante el año, la **WSD** utiliza materiales de comunicación para destacar los éxitos deportivos y académicos, reconocer los logros de los estudiantes de la **WSD** y promover los servicios de la escuela. Algunos ejemplos son, entre otros:

- El sitio de internet de la WSD
- El anuario de la WSD
- Videos de las aulas
- Lista de honor y otras listas de reconocimientos
- Redes sociales de la WSD (por ejemplo, Facebook, Instagram, YouTube, etc.)
- Medios informativos de la escuela (publicaciones relacionadas con la WSD, artículos noticiosos, boletines relacionados con discapacidades auditivas, etc.)
- Otras publicaciones varias (programas teatrales, programas deportivos)

La WSD ha designado a la siguiente información como información del directorio:

- Nombre, dirección, número de teléfono y edad del estudiante
- Participación en actividades y deportes con reconocimiento oficial
- Estatura y peso de los jugadores de equipos deportivos
- Fotografías y videos
- Títulos, honores y premios recibidos
- Fechas de asistencia
- Grado

Si *no* desea que se publique la información del directorio de su estudiante, haga una solicitud por escrito en ese sentido en un plazo de dos semanas de recibir este aviso.

Debe enviar la solicitud a:

Attention: Superintendent
Washington School for the Deaf
611 Grand Blvd.
Vancouver, WA 98661-4918

La información del directorio es información contenida en los registros educativos de un estudiante cuya divulgación por lo general no se considera nociva ni una invasión de la privacidad. Habitualmente la "información del directorio" incluye datos como nombre, dirección, número de teléfono, fecha y lugar de nacimiento, participación en actividades y deportes con reconocimiento oficial y fechas de asistencia. Una escuela puede divulgar "información del directorio" a terceros sin consentimiento si ha hecho un aviso público de los tipos de información que ha designado como "información del directorio" que incluya el derecho del padre, la madre o el estudiante elegible para restringir la divulgación de dicha información, así como el plazo que el padre, la madre o el estudiante elegible tienen para notificar a la escuela por escrito que no desea que algunos de esos datos, o ninguno de ellos, se designen como "información del directorio". **34 CFR § 99.3 y 34 CFR § 99.37.**

Información del estudiante: (Escriba el nombre tal como aparece en el certificado de nacimiento) (Please write name as it appears on the birth certificate)

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
(First Name) (Middle Name) (Last Name)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____
(Address) (City) (State) (Zip) (County)

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento (ciudad y estado o condado): _____ Género: _____
(Date of Birth) (Place of Birth (City AND State or Country)) (Gender)

Grupo étnico: _____
(Ethnicity)

Grado actual: _____ Colegio actual: _____ Distrito escolar actual: _____
(Current Grade) (Current School) (Current School District)

Información de los padres o tutores:

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
(First Name) (Middle Name) (Last Name)

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
(Mailing Address) (City) (State) (Zip)

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____
(Email) (Phone) VOZ TEXTO VP (encierre una opción) (Phone) VOZ TEXTO VP (encierre una opción)

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
(First Name) (Middle Name) (Last Name)

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
(Mailing Address) (City) (State) (Zip)

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____
(Email) (Phone) VOZ TEXTO VP (encierre una opción) (Phone) VOZ TEXTO VP (encierre una opción)

Contactos para emergencias:

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación: _____
(First Name) (Last Name) (Relationship)

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____
(Email) (Phone) VOZ TEXTO VP (encierre una opción) (Phone) VOZ TEXTO VP (encierre una opción)

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación: _____
(First Name) (Last Name) (Relationship)

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____
(Email) (Phone) VOZ TEXTO VP (encierre una opción) (Phone) VOZ TEXTO VP (encierre una opción)

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación: _____
(First Name) (Last Name) (Relationship)

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____
(Email) (Phone) VOZ TEXTO VP (encierre una opción) (Phone) VOZ TEXTO VP (encierre una opción)

Otra información:

¿Cuál es el principal idioma que se usa en el hogar? ASL English Russian Español Otro: _____
(What is the primary language used at home?)

¿Quién tiene la custodia legal del menor? (Adjunte documentos judiciales, si es necesario): _____
(Who has legal custody of the child? (Please attach court documents, if necessary))

¿El estudiante tiene impedimentos visuales? Sí No
(Does the student have visual impairments?)

Si contestó que sí, ¿tiene servicios de la vista en el IEP? _____
(If 'yes', are there vision services on the IEP?)

¿El estudiante tiene problemas de la vista que requieran coordinación y servicios de la Escuela para Ciegos de Washington? Sí No
(Does the student have vision issues that require coordination and services with Washington State School for the Blind?)

PROPÓSITO

Este formulario le pide su consentimiento para obtener información de la Administración de Asistencia Médica del Departamento de Servicios Sociales y de Salud con el fin de verificar la elegibilidad para Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, puede llamar al secretario de educación especial de la WSD al 360-334-5449 (VP) para pedir que le explique por qué se hace esta solicitud.

VERIFICACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID

Las leyes estatales ordenan que el distrito escolar presente reclamaciones por los servicios de salud provistos a estudiantes de educación especial o a estudiantes derivados a educación especial. Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y el lenguaje, audiología, enfermería, terapia y evaluaciones psicológicas.

Con su permiso, enviaremos el nombre y la fecha de nacimiento de su estudiante al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS, por sus siglas en inglés) para verificar su elegibilidad para Medicaid. Esta solicitud no tendrá efectos negativos sobre los servicios incluidos en el programa de educación individualizada (IEP) de su hijo(a).

- Sí** otorgo mi consentimiento para verificar la elegibilidad para Medicaid con el DSHS.
- No** otorgo mi consentimiento para verificar la elegibilidad para Medicaid con el DSHS.

Nombre del estudiante: _____
(Student Name) En letra de molde

Fecha de nacimiento: _____
(Date of birth)

Nombre del padre, la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian name) En letra de molde

Firma del padre, la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian signature)

Fecha: _____
(Date)

Al firmar esta sección, usted autoriza a la WSD para que asigne a su hijo(a) una cuenta y contraseña para su uso personal fuera del horario escolar habitual. La autorización de acceso a internet para estudiantes residenciales/académicos les da la oportunidad de hacer trabajos escolares que requieran investigación en internet fuera del horario escolar. Consulte el manual para padres y estudiantes para ver las políticas de la escuela sobre el uso de servicios de internet por parte de los estudiantes.

Las consecuencias del hacer mal uso de los servicios de internet pueden incluir la suspensión temporal del acceso a internet.

Nota: todos los estudiantes tendrán acceso a internet, bajo la supervisión de sus maestros, durante las clases que requieran investigación en internet.

Nombre del padre la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian name) En letra de molde

Firma del padre, la madre o el tutor: _____ Fecha: _____
(Parent or Guardian signature) (Date)

Durante el año escolar, tomaremos fotografías y videos de las actividades escolares en las que participen los estudiantes para compartir el ambiente positivo de la escuela y las novedades. En ese proceso, algunas fotografías y videos pueden capturar incidentalmente la participación de su estudiante, directa o indirectamente. Esas fotografías y videos pueden publicarse en nuestro sitio de internet, páginas de redes sociales, boletines informativos, tableros de mensajes y anuncios. Por este medio pedimos su consentimiento para publicar en esas plataformas fotografías y videos en los que puede aparecer su hijo(a).

Como padre, madre o tutor de este estudiante, por este medio otorgo mi consentimiento para el uso de fotografías y videos tomados en el transcurso del año escolar para ser usados de las siguientes maneras. Lo hago con pleno conocimiento y consentimiento, y renuncio a toda posible reclamación de remuneración por el uso, o de daños.

- El sitio de internet de la WSD (WSD Website)
- Anuario de la WSD (WSD Yearbook)
- Videos de las aulas (Classroom Videos)
- Lista de honor y otras listas de reconocimientos (Honor Roll or other recognition lists)
- Redes sociales de la WSD (por ejemplo, Facebook, Instagram, YouTube) (WSD Social Media; Facebook, Instagram, YouTube)
- Medios informativos de la escuela (publicaciones relacionadas con la WSD, periódicos, boletines relacionados con discapacidades auditivas, etc.) (School Media; WSD related publications, newspapers, deaf-related newsletters, etc.)
- Otras publicaciones varias (programas teatrales, programas deportivos) (Other Miscellanioes Publications; playbills & sports programs)
- Todas las opciones anteriores (All of the above)

No, **NO** autorizo a la Escuela para Sordos de Washington (WSD, por sus siglas en inglés) para fotografiar a mi estudiante para cualquier propósito escolar o en cualquier evento escolar.

No, I do **NOT** authorize Washington School for the Deaf (WSD) to photograph my student for any school purpose and/or school event.

Nombre del estudiante: _____
(Student Name)

Nombre del padre, la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian Name) En letra de molde

Firma del padre, la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian Signature)

Fecha: _____
(Date)

Nombre del estudiante: _____
(Student Name) En letra de molde

Trace una línea sobre todo el formulario y firme en la línea si NO CONSIENTE a que el estudiante salga del plantel con cualquier persona que no sea su padre, madre o tutor.

El estudiante arriba mencionado tiene permiso para salir del plantel en excursiones y para visitas de una noche o de fin de semana a los siguientes amigos o familiares: (The above named student has permission to leave campus for outings and/or overnight or weekend visits with the following friends and/or relatives)

Amigo/familiar 1

(Friend/Relative #1)

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
(Name) En letra de molde (Relationship to student)

Dirección: _____ Número de teléfono: _____
(Address) (Phone Number)

Amigo/familiar 2

(Friend/Relative #2)

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
(Name) En letra de molde (Relationship to student)

Dirección: _____ Número de teléfono: _____
(Address) (Phone Number)

Amigo/familiar 3

(Friend/Relative #3)

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
(Name) En letra de molde (Relationship to student)

Dirección: _____ Número de teléfono: _____
(Address) (Phone Number)

Amigo/familiar 4

(Friend/Relative #4)

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
(Name) En letra de molde (Relationship to student)

Dirección: _____ Número de teléfono: _____
(Address) (Phone Number)

Entiendo que la WSD no tiene responsabilidad alguna por mi hijo(a) cuando haya salido del plantel con cualquiera de las personas antes mencionadas.

RESTRICCIÓN DE VISITAS: (RESTRICTED VISITATION)

Las siguientes personas no tienen mi permiso para visitar o sacar a mi hijo(a) del plantel.

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
(Name) En letra de molde (Relationship to student)

Dirección: _____ Número de teléfono: _____
(Address) (Phone Number)

Nota: use hojas adicionales para explicar, si es necesario. La WSD debe tener una orden judicial en el expediente en caso de existir órdenes de restricción.

Nombre del padre, la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian Name) En letra de molde

Firma del padre, la madre o el tutor: _____ Fecha: _____
(Parent or Guardian Signature) (Date)

El personal académico y residencial de la WSD planea excursiones fuera del plantel para los estudiantes en el transcurso del año. El personal de la WSD acompaña a los estudiantes en estas excursiones fuera del plantel, y los estudiantes son supervisados de acuerdo con sus necesidades individuales. Los estudiantes y empleados caminarán, usarán transporte público o usarán vehículos estatales. Se planearán actividades y excursiones educativas en una variedad de lugares. Dichos lugares pueden incluir, entre otros, los siguientes:

Parques: Ape Caves, Ft. Vancouver, Esther Short, Marshall Center, Marshall Park, Hazel Dell, Wintler, Battle Ground, Vancouver Lake, Kline Pond, LaCamas Lake, Water Resource Center

Recursos educativos en la comunidad: Chestnut Lane Assisted Living (Gresham, Oregon), Fort Vancouver, Museo de Clark County, Biblioteca de Ft. Vancouver, Área Histórica de Fort Vancouver, Escuela Primaria Harney, Oregon Children’s Theater Productions (Auditorio Keller, Teatro Winningstad, o Teatro Newmark), Sociedad Histórica de Oregon, Museo de Ciencia e Industria de Oregon (OMSI), Escuela par Sordos de Oregon, Zoológico de Oregon, Museo de Arte de Portland, Powell’s Book Store (Portland), Centro de Reciclaje, World Forestry Center (Portland)

Restaurantes: Oyako, Cold Stone Creamery, Subway, Taco Time, McDonald’s, Taco Bell, Dairy Queen, Jack-in-the-Box, Burger King, Wendy’s, Baskin Robbins, Papa Murphys, Burgerville, Paper Tiger, Muchas Gracias, Blind Onion, Starbucks, Black Rock, Panda Express, Red Robin, Freshii, Ginger Pop

Bancos: IQ Credit Union, Chase, Bank of America, Wells Fargo, First Independent, Today’s Bank, Columbia Credit Union

Diversión en la comunidad: Parque de diversiones Family Fun Center, Parque Acuático Clackamas, Centro de Vancouver, Centro de Firsenburg Center, Fred Meyer, Crosley Lanes, Centro Recreativo Jim Parsley, Kid’s Club en Salmon Creek, Centro Comunitario Marshall (piscina), Mountain View Ice Arena, Oaks Park, Regal Cinemas, SWCDHH, Vancouver Mall, Escuela para Ciegos del Estado de Washington, costa de Vancouver

Se enviará a casa un recordatorio de las excursiones próximas con los detalles, antes de cada excursión.

Al firmar en la parte de abajo, usted concede su permiso para que su hijo(a) participe en los eventos académicos y residenciales próximos durante todo el año escolar. En caso de que NO quiera que su hijo(a) asista a un evento determinado, dé aviso a la secretaria de la escuela al:

Primaria:

VP: (360) 334-5790 | Correo electrónico: dawn.smith@cdhy.wa.gov

Secundaria:

VP: (360) 334-5618 | Correo electrónico: rima.nandakumar@cdhy.wa.gov

o

Al consejero de vida estudiantil de su hijo(a).

Firme y devuelva este formulario para que su hijo(a) pueda participar en actividades fuera del plantel.

El dinero para las actividades y excursiones puede ser: Enviado de casa Tomado de la cuenta del estudiante
Money for activities/outings may be: (Sent from home) (Taken from students account)

Nombre del padre,
la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian Name) En letra de molde

Firma del padre, la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian Signature)

Fecha: _____
(Date)

Nombre del estudiante: _____
(Student Name) En letra de molde

Destino del vuelo o parada
de autobús del estudiante: _____
(Students Flight City or Bus Stop)

Todos los estudiantes menores de 18 años de edad deben ser supervisados por un adulto hasta que el estudiante aborde el transporte provisto por la WSD. Los menores de edad no pueden quedarse solos en el aeropuerto o la parada de autobús. Los padres y tutores son responsables de esperar el avión o autobús en la puerta o parada designada, a la hora de llegada prevista. Los padres o tutores pueden designar a otro adulto que lleve o recoja a su hijo(a).

Autorizo a los siguientes adultos para que recojan a mi hijo(a):
(I authorize the following adult individuals to pick up my child)

NOMBRE (Name)	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE (Relationship to Student)	NÚMERO DE TELÉFONO:	VOZ	TEXTO	VP (encierre una opción)
NOMBRE (Name)	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE (Relationship to Student)	NÚMERO DE TELÉFONO:	VOZ	TEXTO	VP (encierre una opción)
NOMBRE (Name)	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE (Relationship to Student)	NÚMERO DE TELÉFONO:	VOZ	TEXTO	VP (encierre una opción)
NOMBRE (Name)	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE (Relationship to Student)	NÚMERO DE TELÉFONO:	VOZ	TEXTO	VP (encierre una opción)

No autorizo a las siguientes personas para recoger a mi hijo(a):

I **will not allow** the following person(s) to pick up my child:

Ningún menor de 18 años se dejará solo en una puerta de abordaje o parada.

POR LA SEGURIDAD DE LOS ESTUDIANTES, SE PEDIRÁ A LOS PADRES QUE FIRMEN UN DOCUMENTO AL MOMENTO DE RECOGERLOS. POR FAVOR APROXÍMESE AL MONITOR DE TRANSPORTE O REPRESENTANTE DE LA AEROLÍNEA PARA RECOGER A SU HIJO(A). ESTÉ PREPARADO PARA MOSTRAR UNA IDENTIFICACIÓN.

Entiendo que puedo elegir un vuelo o una parada de autobús. Entiendo que la Escuela para Sordos de Washington transportará a mi hijo(a) desde/hacia Vancouver, Washington solamente a la ciudad/parada arriba designada en las fechas de viaje de fin de semana. (Consulte las fechas de viaje específicas en el calendario escolar).

Entiendo que la WSD no alterará este destino sin la aprobación previa del secretario de transporte o la oficina del superintendente. La WSD solamente transporta a los estudiantes en sus aviones o autobuses programados regularmente. Si mi hijo(a) no viajará en el avión o autobús provisto por la WSD, debo llenar un formulario de permiso y entregarlo al secretario de transporte antes del MARTES A LAS 5:00 P.M. Entiendo que tendré que proveer el transporte de mi hijo(a) y pagar el costo.

Al firmar esta AUTORIZACIÓN, reconozco que la he leído y entendido y que acepto su contenido, y que soy responsable de esperar a mi hijo(a) puntualmente.

Firma del padre, la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian Signature)

Fecha: _____
(Date)

Número de teléfono: _____ VOZ TEXTO VP (encierre una opción)
(Phone Number)

Número de teléfono: _____ VOZ TEXTO VP (encierre una opción)
(Phone Number)

Correo electrónico: _____
(Email)

SOLO ESTUDIANTES DIURNOS

SOLICITUD DE TRANSPORTE E INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

TRANSPORTE ESPECIALIZADO DEL ESD 112 (360)750-7510 LÍNEA SIN COSTO (800) 233-4883 FAX (360)694-5638

LLENE ESTE FORMULARIO POR COMPLETO

Año escolar 20 _____ o ESY 20 _____ M/F

Estudiante: _____

Fecha de nacimiento (*requerida*) _____ Grado: _____

Dirección de recogida: _____

Padre/madre/tutor _____

Dirección postal _____

Dirección de entrega (si es diferente de la recogida) _____

Ciudad/Estado: _____ Código postal _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Otro teléfono: _____

Distrito de residencia: _____

Transportar a: _____

Solicitud hecha por: _____

Calle y número: _____

Firma: _____

Contacto y teléfono: _____

Superintendente/Delegado

Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

Nombre y puesto en letra de molde: _____

Hora de inicio: _____ Hora de terminación: _____

Teléfono: _____ Fecha: _____

Días de la semana (encierre) L Ma Mi J V

DOMICILIO O LUGAR ALTERNATIVO PARA LLEVAR AL ESTUDIANTE EN CASO DE EMERGENCIA:

Todos los estudiantes transportados por el programa de transporte especializado del ESD112 DEBEN SER RECIBIDOS por un padre, madre, tutor o maestro previamente autorizado. Si un estudiante debe quedarse solo en casa o en la escuela sin supervisión adulta, el distrito de residencia DEBE autorizarlo y marcar esa instrucción en el espacio provisto abajo. Todos los adultos autorizados para recibir a este estudiante deben indicarse en este formulario.

NOMBRE ALTERNATIVO: _____

AUTORIZADO PARA RECIBIR AL ESTUDIANTE: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: _____

SE AUTORIZA QUE EL ESTUDIANTE SE QUEDE EN SU CASA O EN LA ESCUELA SIN SUPERVISIÓN ADULTA: SÍ ___ NO ___

El transporte es un "*SERVICIO RELACIONADO*" de acuerdo con el IEP: SÍ ___ NO ___ Según el plan 504: SÍ ___ NO ___

Discapacidad: _____

Se comunica: Voz _____ Señas _____ Otro _____

Ambulatorio: SÍ ___ No ___

Protocolo médico para transporte en autobús escolar: _____

NECESIDADES DE EQUIPO ESPECIAL: Ninguno ___ Silla de ruedas ___ Andador ___ Asiento para automóvil/CSRS ___

Otro ___ (describa abajo)

Atención/Comentarios (alergias, diabetes, convulsiones, problemas conductuales circunstancias especiales, etc.): _____

Consentimiento para ser entrevistado por el DCYF

Estimados padres y tutores:

La Escuela para Sordos de Washington colabora con el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF, por sus siglas en inglés) para garantizar la seguridad de todos los estudiantes mientras están en la WSD. A fin de reunir información, el DCYF entrevista a estudiantes y padres por medio de un intérprete certificado, cuando es necesario. Esta es una oportunidad excelente para que usted y su estudiante participen y apoyen a la WSD. Su participación es valiosa. A continuación se incluyen algunos ejemplos de preguntas del DCYF para padres y estudiantes.

Firme la parte inferior de este consentimiento si concede su permiso para que el DCYF los entreviste a usted y a su hijo(a), y agradecemos su ayuda.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS DEL DCYF PARA ESTUDIANTES

- ¿Cuánto tiempo has asistido a la escuela en la WSD?
- ¿Hay un maestro o miembro del personal con quien sientas confianza para expresar tus sentimientos?
- ¿Esa persona alguna vez te ha ayudado a resolver o trabajar en tus problemas o inquietudes?
- ¿Te resulta fácil comunicarte con tus padres cuando estás en la escuela? ¿Hay reglas que te indican cuándo no puedes llamar a tus padres?
- ¿Qué ocurre si alguien rompe una regla de seguridad?
- ¿Se hacen simulacros de incendio en la escuela y en las cabañas?
- ¿Algún miembro del personal o estudiante alguna vez te ha hecho sentir incómodo o te ha dirigido amenazas verbales o físicas? Si fue así, ¿se lo dijiste a un miembro del personal?
- ¿Te sientes seguro(a) aquí? ¿Crees que los demás estudiantes están seguros aquí?

EJEMPLOS DE PREGUNTAS DEL DCYF PARA PADRES

- ¿Cuánto tiempo ha vivido su hijo(a) en la Escuela para Sordos? (programa residencial)
- ¿Cuál es su impresión general acerca del nivel de atención que recibe su hijo(a) en el programa residencial?
- ¿Tiene alguna inquietud sobre la salud y seguridad del programa residencial de la Escuela para Sordos?
- ¿Cree que su hijo(a) y los demás menores en el programa reciben supervisión adecuada mientras viven en el programa residencial y en la Escuela para Sordos? Si no, ¿qué le preocupa?
- ¿Siente que el programa residencial de la Escuela para Sordos lo mantiene informado de lo que está ocurriendo con su hijo(a)?

Concedo mi permiso para que mi hijo(a), _____, participe en entrevistas con el DCYF.
I give permission for my child to be interviewed by the DCYF.

Estoy dispuesto(a) a participar en entrevistas con el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF)
I am willing to be interviewed by the Department of Children, Youth & Families (DCYF)

Nombre del padre, la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian Name) En letra de molde

Firma del padre, la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian Signature)

Fecha: _____
(Date)

SOLO ESTUDIANTES RESIDENCIALES

La Escuela para Sordos de Washington no puede hacer préstamos de dinero a los estudiantes para cubrir necesidades personales, eventos patrocinados, asignación personal, etc. Si su hijo(a) es un estudiante residencial y desea poner fondos a su disposición, la Oficina Comercial abrirá una cuenta personal para el estudiante, de la que este puede retirar dinero.

El retiro de dinero se considera como la "asignación" del menor y se distribuye todos los miércoles a través de los consejeros de vida estudiantil. Todas las solicitudes de retiro deben recibirse a más tardar el lunes para incluirse en los pagos del miércoles.

La Oficina Comercial no impondrá restricciones a las cuentas personales de los estudiantes. Si desea imponer restricciones a la cuenta personal de su hijo(a), llene la siguiente sección y envíela por correo junto con el paquete de su estudiante. Si no envía la siguiente sección, la cuenta de su hijo(a) se marcará como **SIN RESTRICCIONES**.

Por favor envíe este formulario junto con el paquete de admisión.

Importe de la asignación semanal que puede recibir el estudiante: \$ _____
(Amount of weekly allowance student may have)

Cantidad total depositada: \$ _____
(Total amount deposited)

Nombre del estudiante: _____
(Student Name)

Firma del padre, la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian Signature)

Fecha: _____
(Date)

Haga sus cheques o cheques de caja a favor de: "WSD"
Para depositarlos, escriba el nombre de su estudiante en la sección de comentarios del cheque.

(1:1 Technology Responsible Use & Safety Agreement)

Acuerdo de uso responsable y seguro de tecnología 1:1

PROPÓSITO: La Escuela para Sordos de Washington (WSD, por sus siglas en inglés) puede proporcionar y asignar a los estudiantes un iPad o una computadora portátil para usarlos en la escuela y en casa, como una forma de promover el aprovechamiento y brindar oportunidades flexibles de aprendizaje. Este acuerdo incluye las directrices y la información sobre las expectativas para los estudiantes y las familias que reciban uno de estos dispositivos "uno a uno" (1:1). Además de este acuerdo, el uso de la tecnología de la WSD también exige que los estudiantes cumplan con las directrices de uso de tecnología de la WSD, que se establecen en el Código de Conducta de los Estudiantes. Pueden añadirse reglas adicionales cuando sea necesario, que se integrarán a este acuerdo.

Nuestra expectativa es que los estudiantes usarán la tecnología de la WSD de manera responsable y que entienden el uso apropiado y aceptable de la tecnología y de las redes de la WSD. También tenemos la expectativa de que los estudiantes harán esfuerzos de buena fe para mantener los dispositivos proporcionados por la WSD seguros, protegidos y en buenas condiciones. Este acuerdo incluye las siguientes responsabilidades y restricciones específicas.

RESPONSABILIDADES - El estudiante:

1. Cargará la batería de su dispositivo 1:1 en casa por las noches y lo traerá a la escuela todos los días con la carga completa.
2. ¡Comunicación responsable! Las comunicaciones electrónicas deben realizarse de manera cortés, usando lenguaje apropiado y evitando las palabras malsonantes y las expresiones ofensivas o insultantes. El acoso cibernético, que incluye los ataques personales y las amenazas en contra de cualquier persona que se hagan por medio de tecnología propiedad de la WSD o de la persona, deben reportarse al personal escolar responsable.
3. Respalde los archivos importantes en Google con regularidad. La WSD puede actualizar y dar mantenimiento periódicamente a los dispositivos 1:1 cargando una imagen nueva del disco duro. Se notificará a los estudiantes sobre el mantenimiento con anticipación cuando sea posible, pero todos los archivos de los estudiantes deben guardarse en espacios de almacenamiento en línea con regularidad para garantizar que no se pierda información cuando sea necesario hacer mantenimiento. Pida ayuda si no sabe cómo respaldar archivos.
4. Use la tecnología para propósitos relacionados con la escuela, tanto durante el día escolar en la WSD como después de clases. Queda prohibido su uso con fines comerciales o políticos.
5. Zoom es solamente para que el personal se comunique con los estudiantes. Debe usar su nombre real, o será expulsado de la clase y se marcará como ausente. No debe participar en videollamadas o chat con personas ajenas a la escuela. No debe usar cuentas personales de Zoom en los iPad. Solamente se permite el uso de cuentas de la escuela.
6. Los estudiantes solamente deben usar cuentas de Google de la escuela. No está permitido usar cuentas personales en dispositivos de la escuela.
7. Cumpla con las leyes de derechos de autor y las directrices sobre uso justo, y solamente descargue y guarde videos, música y otros contenidos que se relacionen con tareas específicas. La tecnología de la WSD no tiene la intención de alojar bibliotecas personales de música o videos
8. Ponga el dispositivo 1:1 disponible para su inspección si se lo pide cualquier administrador, maestro, padre o madre. Las comunicaciones y actividades electrónicas, así como los archivos consultados en dispositivos tecnológicos del WSD, no son privados y pueden ser visualizados, supervisados o archivados por la WSD en cualquier momento.
9. Todos los iPads y otros dispositivos personales que se conectan a nuestra red están sujetos a filtros, en la medida de nuestras capacidades. Todo estudiante que conecte un dispositivo personal a un punto de acceso personal no es monitoreado por nosotros, y corresponderá a los tutores del estudiante determinar si los sitios de internet son apropiados para el estudiante después de clases.

Pese a estas restricciones, los estudiantes en ocasiones alteran la configuración de seguridad y del software de sus dispositivos para eliminar algunas restricciones. Además del trabajo que representa para el personal de la WSD restablecer esos dispositivos, esos actos afectan directamente al aprendizaje de los estudiantes, ya que los estudiantes que alteran sus dispositivos con frecuencia no pueden hacer sus trabajos asignados en el aula y en casa. **Por lo tanto, se cobrará una multa a los estudiantes por cada incidente en el que alteren deliberadamente la configuración de seguridad o las restricciones de un dispositivo 1:1.**

Además de los requisitos y las restricciones específicas arriba indicadas, se espera que los estudiantes y sus familias apliquen el sentido común al cuidado y mantenimiento de la tecnología 1:1 provista por la WSD. Con el fin de mantener los iPads y las computadoras portátiles seguras y sin daños, por favor no preste su dispositivo 1:1 ni su cargador o cables a ninguna otra persona, ni deje el dispositivo 1:1 en un vehículo, ni lo deje solo en ningún momento, no coma o beba mientras lo usa.

Los dispositivos que se averíen accidentalmente serán reemplazados sin costo hasta la tercera avería. Después de eso, las familias serán responsables de pagar los daños a un costo que dependerá del tipo de daño, hasta el costo del reemplazo total de \$450.00.

El costo de reemplazar cables y cargadores perdidos es de \$25.00. El reemplazo de cables y cargadores averiados no tiene costo si se traen para intercambiarlos.

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA.

Acuerdo de uso responsable y seguro de tecnología 1:1, cont.

Responsabilidad de supervisar de los padres o tutores:

Incluso con nuestras medidas de filtrado, los padres y tutores asumen la responsabilidad de monitorear las actividades de su hijo(a) en los dispositivos y las cuentas que proporciona la escuela fuera del horario escolar y en los días que no hay clases. Los usuarios son responsables de hacer un uso apropiado del dispositivo y de todas las cuentas, aplicaciones y servicios.

Si se reúne información que indique que ocurrieron actividades fuera del uso aceptable, esa información se revisará con el estudiante y con su padre, madre o tutor durante el horario normal de actividad de la escuela.

AVISO IMPORTANTE DE SEGURIDAD: La información obtenida por el personal escolar fuera del horario escolar que sugiera o indique que existe algún peligro inminente para una persona se traducirá en un informe al 911 después de recibir esa información. La administración se comunicará con los padres o tutores en referencia al asunto en el siguiente día de escuela.

La WSD no es responsable por pérdida alguna que sea resultado del uso de tecnología proporcionada por la WSD, y no ofrece garantía alguna de que la tecnología o las redes de la WSD dedicadas a los estudiantes estarán disponibles en algún momento dado. Al firmar este acuerdo, usted acepta cumplir las condiciones arriba descritas y asume la responsabilidad por el cuidado y el uso apropiado de la tecnología proporcionada por la WSD. Usted entiende que de incumplir con cualquiera de los términos de este acuerdo, en el futuro se le podría negar el acceso a la tecnología 1:1, internet y otros medios electrónicos. Además, los estudiantes pueden estar sujetos a medidas disciplinarias descritas en el Código de Conducta del Estudiante de la WSD.

Como padre, madre o tutor, mi firma indica que he leído y entendido este acuerdo de uso responsable y seguridad, incluyendo la multa por alteraciones y por el reemplazo total en caso de avería intencional. Concedo mi permiso para que mi hijo(a) tenga acceso y utilice tecnología proporcionada por la WSD.

Nombre del padre, la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian Name) En letra de molde

Firma del padre, la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian Signature)

Fecha: _____
(Date)

Como estudiante, mi firma indica que he leído o me han explicado este acuerdo de uso responsable y seguridad y lo he entendido, incluyendo la multa por alteraciones y por el reemplazo total en caso de avería intencional. Acepto la responsabilidad de cumplir los términos y condiciones descritos y de usar estos recursos para propósitos educativos,

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____
(Student Name) En letra de molde (Grade)

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____
(Student Signature) (Date)

Escuela primaria

No hay tarifa

Escuela intermedia

No hay tarifa

Escuela secundaria

Tarifa de participación deportiva (por deporte)..... \$50.00

Comidas

Preescolar - 3.^{er} grado GRATIS

4.^o - 5.^o grado..... \$2.75/día

6.^o - 12.^o grado \$3.00/día

Haga sus cheques o cheques de caja a favor de: "WSD"

Para depositarlos, escriba el nombre de su estudiante en la sección de comentarios del cheque, y a dónde desea aplicar el pago (por ejemplo, \$40 Cuenta de comidas, \$10 ASB, etc.)

Estimados padres y tutores:

El registro médico del estudiante nos da permiso para brindar atención médica a su estudiante. También ayuda a los enfermeros a entender mejor las necesidades de su estudiante y los deseos de los padres y tutores en lo referente a la atención médica del estudiante. Por favor llene por completo este formulario, fírmelo, féchelo y entréguelo lo antes posible para que podamos brindar a su estudiante un mayor nivel de atención.

Gracias, y por favor comuníquese con el Centro de Salud Estudiantil (SHC) si tiene alguna pregunta o inquietud.

Centro de Salud Estudiantil de la WSD

Oficina: (360) 418-4333

Celular: (360) 597-8223

Fax: (360) 418-4383

VP: (360) 335-5791

Correo electrónico: nurses@cdhy.wa.gov

OBLIGATORIO:

Los formularios del paquete de salud del estudiante deben llenarse por completo para asistir a la Escuela para Sordos de Washington.

Nombre del estudiante: _____
(Student Name) En letra de molde

Sexo: _____
(Sex)

Fecha de nacimiento: _____
(Date of Birth)

Permiso médico (Medical Permission)	Sí	No	Restricciones y comentarios (Comments and/or Restrictions)
<p>Los proveedores locales y de la comunidad (médicos, enfermeros profesionales y asistentes médicos) y los proveedores contratados o empleados por la WSD pueden brindar atención médica de urgencia o emergencia en caso necesario. (La atención que no sea de urgencia debe continuar en casa)</p> <p>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)</p>			
<p>Pueden comunicarse con los médicos y proveedores de mi hijo(a) cuando sea necesario. (My child's physicians/providers may be contacted as needed.)</p>			
<p>Concedo mi permiso para que el personal de la WSD actúe en mi nombre para tomar decisiones médicas de emergencia en caso de que yo no esté disponible durante una emergencia. (I give permission for WSD staff to act on my behalf when making emergency medical decisions, should I be unavailable in an emergency.)</p>			
<p>Los enfermeros de la WSD y su personal delegado pueden administrar medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y tratamientos prescritos por un proveedor autorizado. Tomen en cuenta los medicamentos o tratamientos que no deben administrarse debido a alergias y otros trastornos médicos. (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.)</p>			
<p>Los enfermeros pueden transmitir información médica confidencial al personal que trabaja con mi hijo(a), solamente cuando perciban que será de beneficio para la salud y seguridad del estudiante. (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.)</p>			
<p>Los enfermeros pueden entregar a mi hijo(a) su medicamento para llevarlo a casa en fines de semana o vacaciones, en caso de que no haya personal disponible para transportarlo. (Nurses may give my child his/her medication to bring home for the weekend or vacation in the event staff are unavailable to transport it.)</p>			
<p>Proporcionaré mi correo electrónico para que los enfermeros puedan comunicarse conmigo semanalmente en referencia a surtir los medicamentos de mi estudiante. (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).)</p>			<p>CORREO ELECTRÓNICO:</p> <hr/>

Firma del padre, la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian Signature)

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____
(Student Name) En letra de molde

Sexo: _____
(Sex)

Fecha de nacimiento: _____
(Date of Birth)

Historia clínica (Medical History)	Comentarios de los padres (Parent Comments)
<p>Indique los trastornos médicos que sean potencialmente mortales (asma, convulsiones, diabetes, alergias, etc.)</p> <p>Trastornos médicos potencialmente mortales: En caso de existir cualquier trastorno que ponga en peligro la vida, de acuerdo con RCW 28A.210 Sec. I, será necesario implementar un plan de enfermería/ECP antes de que el estudiante asista a la escuela.</p> <p>(Please note any health condition(s) that are life threatening (asthma, seizures, diabetes, allergies, etc.)</p>	
<p>Anote todas sus alergias a medicamentos, alimentos, factores ambientales o picaduras de insectos.</p> <p>(Please list any/all allergies to medications, foods, environmental or insect stings)</p>	
<p>Instrucciones especiales/Necesidades de atención,. Anote si su hijo(a) tiene algún dispositivo adaptativo, como implantes cocleares, aparatos auditivos, retenedores, anteojos, aparatos especiales de ortodoncia o cualquier dispositivo que use su hijo(a).</p> <p>(Special Instructions/Care Needs. Please list if your child has any adaptive devices such as cochlear implants, hearing aids, retainers, glasses, special orthodontics or any devices your child may use.)</p>	
<p>Anote todos sus trastornos médicos agudos y crónicos y las posibles inquietudes.</p> <p>Please list all acute/chronic medical conditions and concerns.</p>	
<p>Dieta especial por motivos médicos (debe ser acompañada por una orden de dieta firmada por su proveedor) o por motivos religiosos.</p> <p>(Special Diet for any medical reasons (must be accompanied by a signed provider dietary order) or religious reasons.)</p>	
<p>Restricciones o modificaciones a las actividades (debe tener una orden firmada por su proveedor).</p> <p>(Activity Restrictions/Modifications (must have signed provider order).</p>	

Proporcione un número de contacto de emergencia actual donde una enfermera pueda dejar un correo de voz/firma o mensaje de texto con respecto a la condición de su hijo:

(Please provide a current emergency contact number where a nurse may leave a voice/sign mail or text message regarding your child's condition)

TELÉFONO: _____
ENCIERRE UNA OPCIÓN: VIDEÓFONO VOZ TEXTO

Firma del padre, la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian Signature)

Fecha: _____

Autorización para medicamentos y tratamientos en la escuela

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Student Name) En letra de molde (Date of Birth)

ATENCIÓN, PADRES:

Si su estudiante necesita tomar medicamentos en la escuela, **este formulario debe ser firmado por su médico** e incluirse en su expediente en la Escuela para Sordos de Washington.

Agradecemos que nos proporcione el nombre del médico de su estudiante si recibe medicamentos de usted durante el año.

INFORMACIÓN DEL MÉDICO/PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA:

(Physician/Primary Care Provider Information)

Nombre del médico: _____ Nombre de la clínica: _____
(Physician's Name) En letra de molde (Clinic Name)

Dirección: _____
(Address)

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
(Phone Number) (Fax Number)

MEDICAMENTO (Medication)	DOSIS (Dosage)	VÍA (Route)	VECES AL DÍA (Times Per Day)	MOTIVO DEL MEDICAMENTO (Reason for Medication)

Restricciones en la dieta: _____
Diet Restriction(s)

Restricciones en actividades: _____
Activity Restriction(s)

¿El estudiante puede tener sus propios medicamentos? Sí No
Can student self-carry medications?

¿El estudiante puede administrarse sus propios medicamentos (incluyendo inhaladores)? Sí No
Can student self-administer medications (including inhalers)?

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.

(Se requiere la forma del proveedor (médico, enfermero profesional o asistente médico) para que los enfermeros de la WSD administren medicamentos recetados o de venta libre, el servicio de alimentos de la WSD ofrezca un plan de alimentación especial y el personal de la WSD se asegure de cumplir con las restricciones en las actividades.)

Physician Signature: _____
(Firma del médico)

Date: _____
(Fecha)

WSD Physician Signature: _____
(Firma del médico de la WSD)

Date: _____
(Fecha)

La solicitud de modificación de comidas debe ser firmada por una autoridad médica reconocida por el estado, un profesional médico con licencia autorizado para expedir recetas médicas en Washington.

*También es aceptable una nota del médico donde se contesten las preguntas de este formulario.

¿Qué se considera una modificación de comidas?

Alimentos a sustituir; alimentos que deben omitirse o evitarse en la dieta del menor

¿Qué se considera un reemplazo de la leche?

Leche sin lactosa o leche de soya

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
(Student Name) En letra de molde (DOB) (Grade)

Dirección postal: _____
(Mailing Address)

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____
(Phone Number) (Email)

Nombre del padre, la madre o el tutor: _____
(Parent or Guardian Name) En letra de molde

Firma del padre, la madre o el tutor: _____ Fecha: _____
(Parent or Guardian Signature) (Date)

State-Recognized Medical Authority must complete and sign this section.

(Una autoridad médica reconocida por el estado debe llenar y firmar esta sección.)

1. Describe how the impairment affects the child (i.e., how the ingestion/contact with the food impacts the child):
(Describa cómo afecta al menor su impedimento (es decir, cómo afecta al menor la ingestión o el contacto con el alimento))

2. Explain what must be done to accommodate the child’s diet (i.e., specific food(s) to be omitted/avoided from the child’s diet):
(Explique qué debe hacerse para cumplir con la dieta del menor (es decir, alimentos específicos a omitir o evitar en la dieta del menor))

3. List food(s) and/or beverages to be substituted, provided, or modified:
Escriba los alimentos y bebidas que deben sustituirse, proporcionarse o modificarse:

Signature of State-Recognized Medical Authority: _____

Date: _____
(Fecha)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Student Name) En letra de molde (Date of Birth)

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre y dirección de la compañía de seguros:

Números de póliza y grupo/Sindicato y local:

Soy responsable hacer los pagos correspondientes o contratar una cobertura de seguro médico para mi estudiante, que incluya gastos médicos y cargos por evacuación o transporte de emergencia. La Escuela para Sordos de Washington no provee cobertura de seguro médico a sus estudiantes y bajo ninguna circunstancia será responsable por gastos médicos.

Nota: agradeceríamos que traiga su tarjeta médica para que podamos hacer una copia durante la inscripción.

Firma del padre, la madre o el tutor: _____ Fecha: _____
(Parent or Guardian Signature) (Date)

Certificado de Estado de Vacunación

Imprima este formulario. Vea el reverso de este formulario para obtener instrucciones sobre cómo llenarlo o imprimirlo del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

Apellido del niño: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____

Autorizo a la escuela/establecimiento de cuidado infantil de mi hijo a agregar información sobre las vacunas en el IIS para ayudar a la escuela a mantener un registro de mi hijo.

Solo estado condicional: Reconozco que mi hijo está ingresando a la escuela/ establecimiento de cuidado infantil en estado condicional. Para que mi hijo permanezca en la escuela, debo proporcionar la documentación requerida de las vacunas en los plazos establecidos. Consulte en el reverso para obtener orientación sobre el estado condicional.

X _____

X _____

Firma del padre, la madre o el tutor _____ Fecha _____ Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor si comienza en estado condicional

Se requiere para la escuela • Se requiere para el establecimiento de cuidado infantil/preescolar

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)

Vacunas obligatorias para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil

•▲ DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)							
▲ Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) (a partir de 7.º grado)							
•▲ DT o Td (tétanos, difteria)							
•▲ Hepatitis B							
• Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)							
•▲ IPV (polio) (cualquier combinación de IPV/OPV)							
•▲ OPV (polio)							
•▲ MMR (sarampión, paperas, rubéola)							
• PCV/PPSV (antimeningocócica)							
•▲ Varicela							
<input type="checkbox"/> Antecedentes de la enfermedad verificados por el IIS							

Vacunas recomendadas (no se requieren para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil)

COVID-19							
Gripe (influenza)							
Hepatitis A							
VPH (virus del papiloma humano)							
MCV/MPSV (meningococo tipo A, C, W, Y)							
MenB (meningococo tipo B)							
Rotavirus							

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

Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____
If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.

If the child named in this Certificate of Immunization Status (CIS) has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.

I certify that the child named on this CIS has:

A verified history of varicella (chickenpox) disease.

Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.

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

Polio (all 3 serotypes must show immunity)

▶ _____

Licensed Health Care Provider Signature Date

▶ _____

Printed Name

Instrucciones para completar el Certificado de Estado de Vacunación: Imprima el formulario del Sistema Informático de Vacunación o rellénelo a mano.

Para imprimir con la información de la vacunación completada:

Pregunte si el consultorio de su proveedor médico ingresa las vacunas en el Sistema Informático de Vacunación de WA (el registro estatal de Washington). Si es así, solicítele que imprima el certificado usando el sistema y la información de vacunación de su hijo se llenará de forma automática. También puede imprimir un certificado en su casa. Solo tiene que registrarse e ingresar a MyIR en wa.myir.net. Si su proveedor no utiliza el sistema, envíe un correo electrónico al Departamento de Salud a waisrecords@doh.wa.gov o llame al 1-866-397-0337 para obtener una copia del certificado de su hijo.

Para llenar el formulario a mano:

1. Escriba en letra de imprenta el nombre y la fecha de nacimiento de su hijo y firme donde se indica en la página uno.
2. Escriba la fecha de cada dosis de la vacuna recibida en las columnas de fechas (con el formato DD/MM/AA). Si su hijo recibe una vacuna combinada (una sola inyección que lo protege contra varias enfermedades), utilice las guías de referencia que aparecen a continuación para registrar cada vacuna de manera correcta. Por ejemplo, registre la vacuna Pediarix bajo difteria, tétanos, tos ferina como DTaP, hepatitis B como Hep B, y polio como IPV.
3. Si su hijo tuvo varicela y no fue vacunado, un proveedor de atención médica debe corroborar que tuvo varicela para cumplir con los requisitos de la escuela.
 - Si el proveedor médico puede corroborar que su hijo tuvo varicela, pídale que marque la casilla en la sección en inglés: "Documentation of Disease Immunity" y que firme el formulario.
 - Si el personal de la escuela tiene acceso al Sistema Informático de Vacunación y ven la verificación de que su hijo tuvo varicela, marcarán la casilla debajo de varicela en la sección de las vacunas.
4. Si un análisis de sangre (valor) da positivo y muestra que su hijo es inmune, pídale al proveedor médico que marque las casillas de la enfermedad correspondiente en la sección en inglés: "Documentation of Disease Immunity", y que firme y ponga la fecha el formulario. Debe proporcionar los resultados del laboratorio junto con este certificado.
5. Proporcione pruebas de registros con verificación médica según las pautas que se indican a continuación.

Registros médicos aceptables

Todos los registros de vacunación deben estar corroborados por un médico. Por ejemplo:

- Un formulario del Certificado de Estado de Vacunación impreso con las fechas de vacunación del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington, MyIR o el sistema de otro estado.
- Una copia impresa completa del certificado con la firma de validación del proveedor médico.
- Una copia impresa completa del certificado con los registros de vacunación adjuntos, impresos desde el registro de salud electrónico de un proveedor médico y con la firma o el sello de un proveedor médico. El administrador de la escuela, el enfermero o la persona designada debe verificar que las fechas en el certificado se transcribieron con precisión y debe firmar el formulario.

Estado condicional

Los niños pueden ingresar y permanecer en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil en estado condicional si se están poniendo al día con las vacunas obligatorias para ingresar a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil. (Las dosis del esquema de vacunas se distribuyen en intervalos mínimos, por lo que algunos niños pueden tener que esperar un tiempo antes de terminar de recibir sus vacunas. Esto significa que es posible que ingresen a la escuela mientras esperan la siguiente dosis de la vacuna obligatoria). Para ingresar a una escuela o establecimiento de cuidado infantil en estado condicional, un niño debe tener todas las dosis de las vacunas obligatorias antes de empezar a ir a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil.

Los estudiantes que estén en estado condicional pueden permanecer en la escuela hasta la fecha de validez mínima de la próxima dosis de la vacuna y tendrán un período adicional de 30 días para presentar la documentación de la vacunación. Si un estudiante debe ponerse al día con varias vacunas, el estado condicional continúa de forma similar hasta que reciba todas las vacunas obligatorias.

Si el período condicional de 30 días se vence antes de que se presente la documentación en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil, el estudiante deberá ser excluido de dicha escuela o establecimiento de cuidado infantil, conforme al capítulo 28A.210.120 del Código Revisado de Washington. La documentación válida incluye pruebas de inmunidad a la enfermedad en cuestión, registros médicos que demuestren la vacunación o un formulario de certificado de exención (COE) completado.

Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
AectHB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeg	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	Tenivac	Td
Bexsero	MenB	FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	DTaP + Hib +IPV	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap	Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV	Twinnix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV	Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	PCV	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Hep B		



Atención, familias:

Les informamos que las políticas de la WSD solo permiten la presencia de animales de servicio en el plantel.

Gracias por no traer mascotas domésticas a los juegos y otras actividades de la WSD.

611 GRAND BLVD • VANCOUVER, WA 98661

P. 360-696-6525 • contact.wsd@cdhy.wa.gov • wsd.wa.gov