Washington School for the Deaf

Student Health Packet

Paquete de salud estudiantil

Required: Student Health Packet forms are required to be filled out completely in order to attend Washington School for the Deaf

Table of Contents

Tabla de Contenido

Student Health Record.....1
Registro de salud del estudiante

Authorization for Treatment.....2
Autorización para el tratamiento

Insurance Card 3
tarjeta del seguro

Immunization Record.....4-5
registro de vacunación

Student Health Record Expediente médico del estudiante, año

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:** _____
WSD Physician Signature_____ **Date:** _____

Washington School for the Deaf

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)

For Kindergarten-12th Grade / Child Care Entry

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 Washington Immunization Information System.

Child's Last Name:	**First Name:**	**Middle Initial:**	**Birthdate** (MM/DD/YY):	**Sex:**

I give permission to my child's school to share immunization information with the Immunization Information System to help the school maintain my child's school record.

Parent/Guardian Signature Required **Date**

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

Parent/Guardian Signature Required **Date**

♦ Required for School and Child Care/Preschool
● Required Only for Child Care/Preschool

Required Vaccines for School or Child Care Entry	Date MM/DD/YY	Date MM/DD/YY	Date MM/DD/YY	Date MM/DD/YY	Date MM/DD/YY	Date MM/DD/YY
♦ **DTaP / DT** (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)						
♦ **Tdap** (Tetanus, Diphtheria, Pertussis)						
♦ **Td** (Tetanus, Diphtheria)						
♦ **Hepatitis B** ❑ 2-dose schedule used between ages 11-15						
● **Hib** (*Haemophilus influenzae* type b)						
♦ **IPV / OPV** (Polio)						
♦ **MMR** (Measles, Mumps, Rubella)						
● **PCV / PPSV** (Pneumococcal)						
♦ **Varicella** (Chickenpox) ❑ History of disease verified by IIS						
Recommended Vaccines (Not Required for School or Child Care Entry)						
Flu (Influenza)						
Hepatitis A						
HPV (Human Papillomavirus)						
MCV / MPSV (Meningococcal)						
MenB (Meningococcal)						
Rotavirus						

Documentation of Disease Immunity

Healthcare provider use only

If the child named in this CIS has a history of Varicella (Chickenpox) or can show immunity by blood test (titer) it MUST be verified by a healthcare provider

I certify that the child named on this CIS has:

❑ a verified history of Varicella (Chickenpox).

❑ laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below. **Lab report(s) for titers MUST also be attached.**

❑ Diphtheria	❑ Mumps	❑ Other:
❑ Hepatitis A	❑ Polio	_____
❑ Hepatitis B	❑ Rubella	_____
❑ Hib	❑ Tetanus	
❑ Measles	❑ Varicella	

Licensed healthcare provider signature (MD, DO, ND, PA, ARNP) Date

Printed Name

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

To print with immunization information filled in: Ask if your healthcare provider's office enters immunizations into the WA Immunization Information System (Washington's statewide database). If they do, ask them to print the CIS from the IIS and your child's immunization information will fill in automatically. You can also print a CIS at home by signing up and logging into MyIR at https://wa.myir.net. **If your provider doesn't use the IIS, email or call the Department of Health to get a copy of your child's CIS: waiisrecords@doh.wa.gov or 1-866-397-0337.**

To fill out the form by hand:

#1 Print your child's name, birthdate, sex, and sign your name where indicated on page one.

#2 Vaccine information: Write the date of each vaccine dose received in the date columns (as MM/DD/YY). If your child receives a combination vaccine (one shot that protects against several diseases), use the Reference Guides 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**.

#3 History of Varicella Disease: If your child had chickenpox (varicella) disease and not the vaccine, **a health care provider must verify chickenpox disease to meet school requirements**.

- ❑ If your healthcare provider can verify that your child had chickenpox, ask your provider to check the box in the Documentation of Disease Immunity section and sign the form.
- ❑ If school staff access the IIS and see verification that your child had chickenpox, they will check the box under Varicella in the vaccines section.

#4 Documentation of Disease Immunity: If your child can show positive immunity by blood test (titer) and has not had the vaccine, have your healthcare provider check the boxes for the appropriate disease in the Documentation of Disease Immunity box, and sign and date the form. **You must provide lab reports with this CIS**.

Reference guide for vaccine abbreviations in alphabetical order For updated list, visit https://fortress.wa.gov/doh/cpir/iweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf

Abbreviations	Full Vaccine Name	Abbreviations	Full Vaccine Name	Abbreviations	Full Vaccine Name	Abbreviations	Full Vaccine Name	Abbreviations	Full Vaccine Name
DT	Diphtheria, Tetanus	Hep A	Hepatitis A	MCV / MCV4	Meningococcal Conjugate Vaccine	OPV	Oral Poliovirus Vaccine	Tdap	Tetanus, Diphtheria, acellular Pertussis
DTaP	Diphtheria, Tetanus, acellular Pertussis	Hep B	Hepatitis B	MenB	Meningococcal B	PCV / PCV7 / PCV13	Pneumococcal Conjugate Vaccine	VAR / VZV	Varicella
DTP	Diphtheria, Tetanus, Pertussis	Hib	*Haemophilus influenzae* type b	MPSV / MPSV4	Meningococcal Polysaccharide Vaccine	PPSV / PPV23	Pneumococcal Polysaccharide Vaccine		
Flu (IIV)	Influenza	HPV (2vHPV / 4vHPV / 9vHPV)	Human Papillomavirus	MMR	Measles, Mumps, Rubella	Rota (RV1 / RV5)	Rotavirus		
HBIG	Hepatitis B Immune Globulin	IPV	Inactivated Poliovirus Vaccine	MMRV	Measles, Mumps, Rubella with Varicella	Td	Tetanus, Diphtheria		

Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order For updated list, visit https://fortress.wa.gov/doh/cpir/iweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB®	Hib	Fluarix®	Flu	Havrix®	Hep A	Menveo®	Meningococcal	Rotarix®	Rotavirus (RV1)
Adacel®	Tdap	Flucelvax®	Flu	Hiberix®	Hib	Pediarix®	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq®	Rotavirus (RV5)
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	Twinrix®	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		

If you have a disability and need this document in another format, please call 1-800-525-0127 (TDD/TTY call 711).

DOH 348-013 December 2016

Certificado de Estado de Vacunación

Para asistir a la guardería, el preescolar y los grados escolares K – 12

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

Encuentre instrucciones al reverso para imprimir y llenar esta forma a mano con letra de molde o imprimirla con todos los datos desde Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

Apellido/s del niño/a: **Primer nombre:** **Inicial del otro nombre:** **Fecha de nacimiento** (mes/día/año)**:** **Sexo:**

Le doy permiso a la escuela de compartir la información en el registro de vacunación de mi hijo/a con el Sistema Informático de Vacunación del estado para ayudar a la escuela a mantener el registro de vacunación de mi hijo/a vigente.

Firma requerida del padre, madre o tutor legal **Fecha**

Certifico que la información en esta forma es correcta y verificable.

Firma requerida del padre, madre o tutor legal **Fecha**

♦ Requisito para guardería, preescolar y escuela
● Requisito único para guardería y preescolar

Vacunas requeridas para la entrada a guardería, preescolar o escuela	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año
♦ **DTaP / DT** (Difteria, Tétanos, Tos ferina)						
♦ **Tdap** (Tétanos, Difteria, Tos ferina)						
♦ **Td** (Tétanos, Difteria)						
♦ **Hepatitis B** ❑ 2-dosis entre las edades de 11-15 años						
● **Hib** (*Haemophilus influenzae* tipo b)						
♦ **IPV / OPV** (Polio)						
♦ **MMR** (Sarampión, Paperas, Rubéola)						
● **PCV / PPSV** (Neumocócica)						
♦ **Varicela** ❑ Inmunidad verificada por el Sistema						
Vacunas recomendadas pero no requeridas para la entrada a guardería, preescolar o escuela						
Gripe (Influenza)						
Hepatitis A						
HPV (Virus del Papiloma Humano o VPH)						
MCV / MPSV (Meningocócica)						
MenB (Meningocócica)						
Rotavirus						

Documentation of Disease Immunity

Healthcare provider use only

If the child named in this form has a history of Varicella (Chickenpox) or can show immunity by blood test (titer) it MUST be verified by a healthcare provider.

I certify that the child named on this form has:

❑ a verified history of Varicella (Chickenpox).

❑ laboratory evidence of immunity (titer) to Disease/s marked below. **Lab report(s) for titers MUST also be attached.**

❑ Diphtheria	❑ Mumps	❑ Other:
❑ Hepatitis A	❑ Polio	_____
❑ Hepatitis B	❑ Rubella	_____
❑ Hib	❑ Tetanus	
❑ Measles	❑ Varicella	

Licensed healthcare provider signature
Date (MD, DO, ND, PA, ARNP)

Printed Name

Instrucciones para completar esta forma: imprímala desde el Sistema Informático de Vacunación o llénela a mano.

Para imprimir con todos los datos: pregunte en la oficina de su proveedor médico si ellos ingresan los antecedentes de vacunación en el Sistema Informático de Vacunación (base de datos estatal). Si le dicen que sí, pídales imprimir el Certificado de Estado de Vacunación desde el Sistema y así la información de su hijo/a será llenada automáticamente con todos los datos. Usted también puede imprimirlo desde la comodidad de su hogar, solo necesita visitar https://wa.myir.net y abrir una cuenta en MyIR. **Si su médico no usa el Sistema, comuníquese con el Departamento de Salud del estado por email: waiisrecords@doh.wa.gov o teléfono: 1-866-397-0337, para recibir una copia del Certificado de su hijo/a.**

Para llenar esta forma a mano:

#1 En la primera página de esta forma, proporcione los datos de su hijo/a: nombre, fecha de nacimiento y sexo. Firme su nombre en la parte indicada.

#2 Información sobre vacunas: bajo cada una de las columnas, proporcione las fechas en que las vacunas fueron administradas de la siguiente forma: mes/día/año. Si su hijo/a recibió una vacuna en forma combinada (una inyección que protege contra varias enfermedades), use las guías de referencia de abajo para proporcionar la información correcta. Por ejemplo: escriba Pediarix bajo Difteria, Tétanos, Tos ferina como **DTaP**, Hepatitis B como **Hep B**, y Polio como **IPV**.

#3 Inmunidad a la varicela a causa de la enfermedad: si su hijo/a tuvo varicela y desarrolló inmunidad a la enfermedad sin haber recibido la vacuna, **un proveedor médico debe dar testimonio o verificar dicha inmunidad para cumplir con el requisito escolar.**

- ❑ Si su proveedor médico puede verificar que su hijo/a tuvo varicela, pídale que firme y marque el cuadrito en la sección titulada "Documentation of Disease Immunity".
- ❑ Si el personal escolar tiene acceso al Sistema y puede ver la sección que indica que su hijo/a tuvo inmunidad a la varicela, ellos pueden marcar el cuadrito bajo esa sección.

#4 Documentación de inmunidad a diferentes enfermedades: Si se puede verificar por medio de un estudio de sangre que su hijo/a es inmune a varias enfermedades aunque no haya sido vacunado, pídale a su proveedor médico que: marque los cuadritos correspondientes a esas enfermedades en la sección titulada "Documentation of Disease Immunity", firme y ponga la fecha en la forma. **Junto con esta forma usted debe proporcionar copias de los estudios de sangre que muestran que su hijo/a tiene inmunidad.**

Guía de referencia para abreviaciones de vacunas en orden alfabético

Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna
DT	Difteria, Tétanos	Hep A	Hepatitis A	MCV / MCV4	Meningocócica conjugada	OPV	Vacuna oral contra la polio	Tdap	Difteria, Tétanos, Tos ferina
DTaP	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Hep B	Hepatitis B	MenB	Meningocócica B	PCV / PCV7 / PCV13	Neumocócica conjugada	VAR / VZV	Varicela
DTP	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Hib	*Haemophilus influenzae* tipo b	MPSV / MPSV4	Meningocócica polisacárida	PPSV / PPV23	Neumocócica polisacárida		
Gripe (IIV)	Influenza	HPV (2vHPV / 4vHPV / 9vHPV)	Virus del papiloma humano (VPH)	MMR	Sarampión, Paperas, Rubéola	Rota (RV1 / RV5)	Rotavirus		
HBIG	Inmunoglobulina de Hepatitis B	IPV	Vacuna inactivada contra la polio	MMRV	Sarampión, Paperas, Rubéola, Varicela	Td	Tétanos, Difteria		

Guía de referencia para marcas comerciales de vacunas en orden alfabético

Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna
ActHIB®	Hib	Fluarix®	Influenza	Havrix®	Hep A	Menveo®	Meningocócica	Rotarix®	Rotavirus (RV1)
Adacel®	Tdap	Flucelvax®	Influenza	Hiberix®	Hib	Pediarix®	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq®	Rotavirus (RV5)
Afluria®	Influenza	FluLaval®	Influenza	HibTITER®	Hib	PedvaxHIB®	Hib	Tenivac®	Td
Bexsero®	MenB	FluMist®	Influenza	Ipol®	IPV	Pentacel®	DTaP + Hib + IPV	Trumenba®	MenB
Boostrix®	Tdap	Fluvirin®	Influenza	Infanrix®	DTaP	Pneumovax®	PPSV	Twinrix®	Hep A + Hep B
Cervarix®	2vHPV	Fluzone®	Influenza	Kinrix®	DTaP + IPV	Prevnar®	PCV	Vaqta®	Hep A
Daptacel®	DTaP	Gardasil®	4vHPV	Menactra®	MCV o MCV4	ProQuad®	MMR + Varicela	Varivax®	Varicela
Engerix-B®	Hep B	Gardasil® 9	9vHPV	Menomune®	MPSV4	Recombivax HB®	Hep B		

Si tiene alguna discapacidad y necesita este documento en otro formato, por favor llame al 1-800-525-0127 (servicio TDD/TTY, llame al 711). **DOH 348-013 Spanish December 2016**