

Formulario De Datos Del Niño

Nombre de Niño: _____ Genero: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Hogar: _____

Dirección de Envió: (si es diferente): _____

Lenguaje Materna del Niño: _____

Médico del Niño: (nombre) _____ Teléfono: _____

Alergias: _____

Observancias/Restricciones Religiosas (diateticas, etc.): _____

Informacion De Padres/Tutor Legal

Nombre: _____ Relación al Niño: _____

Autorizado a Recoger Niño: Sí No

Dirección (solo si es diferente al anterior): _____

Teléfono del Hogar: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Teléfono Mobile: _____ Lengua Materna: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre: _____ Relación al Niño: _____

Autorizado a Recoger Niño: Sí No

Dirección (solo si es diferente al anterior): _____

Teléfono del Hogar: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Teléfono Mobile: _____ Lengua Materna: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER CONTACTOS DE EMERGENCIA

*Sírvanse proporcionar información de contacto de al menos tres (3) personas adicionales que son permitidos y disponibles para recoger a su hijo. **CUALQUIER PERSONA QUE RECOJA UN NIÑO DEBE TENER UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO.***

NOMBRE Y RELACION HACÍA EL NIÑO	DIRECCIÓN	NÚM. DE TELÉFONO
1.)		
2.)		
3.)		
4.)		
5.)		

Por favor, indique cualquier órdenes legales con respecto a la tutela, acogimiento o pedidos de protección en relación con su hijo. Por favor, proporcione una copia de cualquier orden de tutela o las órdenes de protección relacionados con su hijo.

ÓRDENES DE PROTECCIÓN:

¿Está su hijo actualmente cubierto por una orden de protección? SÍ NO

INFORMACIÓN CUIDADO DE CRIANZA:

Agencia Responsable: _____

Dirección de Agencia: _____

Asistente Social: _____ Núm. de Teléfono: _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Doy permiso para Just Kids Early Childhood Learning Center para fotografiar/grabar video a mi niño, _____ . Estas fotografías/videos pueden usarse para la exhibición de la escuela, el sitio web, el uso de Internet, materiales promocionales, capacitaciones en el servicio y/o presentaciones educativas.

Firma: _____

Fecha: _____

Yo doy mi consentimiento para que Just Kids Early Childhood Learning Center busque tratamiento médico de emergencia para mi hijo, _____ , lo que puede incluir, llamar a mi médico, brindar primeros auxilios/atención medica de emergencia, incluso el uso de un autoinyector de epinefrina para el tratamineto de la anafilaxia y/o comunicarse con el 911 en el caso de una emergencia.

Firma: _____

Fecha: _____

Doy permiso para Just Kids Early Childhood Learning Center para liberar y obtener registros e información, según sea necesario, desde y hacia Just Kids Diagnostic and Treatment Center.

Firma: _____

Fecha: _____

Entiendo que la colocación educativa diaria de mi hijo/a no incluye una siesta planeada. En el caso de que mi hijo/a esté cansado y se quede dormido en clase, se le proporcionará una colchoneta, se lo hará lo más cómoda que permita el aula y será supervisado continuamente por el personal del aula. Es posible que llamen a la enfermera para que evalúe el bienestar de mi higo/a. Entiendo que, si la enfermera determina que mi hijo/a no está lo suficientemente bien como para permanecer en la escuela, me llamarán para que lo recoja.

Firma: _____

Fecha: _____

Yo entiendo que los dispositivos de seguimiento del estudiante individual solo están permitidos si no violan los derechos de privacidad de otros. Entiendo que todos los dispositivos de rastreo no pueden tener la capacidad de mirar y/o escuchar. Se aconseja a Just Kids Early Childhood Learning Center que cumpla con las Guías Federales con respecto a la privacidad de los demás.

Firma: _____

Fecha: _____

Doy permiso a Just Kids para publicar fotos y/o videos de mi hijo en las páginas de redes sociales de la escuela. Entiendo que estas fotos serán publicadas para celebrar los logros de los estudiantes y conectar a las familias con Just Kids Early Childhood Learning Center.

Firma: _____

Fecha: _____

He sido informado sobre cómo acceder al Manual familiar de Just Kids, que incluye información relacionada con los derechos de los padres y la educación de mi hijo. Reconozco que puedo solicitar una copia del manual en cualquier momento durante el año escolar.

Firma: _____

Fecha: _____



JUST KIDS
an early childhood learning center
Cam-Held Enterprises, Inc.

**CONSENTIMIENTO PREESCOLAR DEL NYS PARA EL USO DE TELESALUD /
TELETERAPIA DURANTE EL APRENDIZAJE REMOTO**

Nombre de Estudiante:		
Fecha de Nacimiento:		Distrito Escolar:
Tipo de Servicio (Por favor sea específico):		SP/ OT/ PT/ VI/ PSY/ ED
Dirección del Hogar:		
Apt #	Ciudad/Pueblo:	Estado: New York
Código Postal:		Condado:
Correo Electrónico:		

Estimado Padre/Tutor,

Just Kids Early Childhood Learning Center se compromete a proporcionar los servicios educativos y terapéuticos de su hijo durante estos tiempos a través del aprendizaje remoto y la teleterapia. Por favor firme el consentimiento a continuación para que podamos continuar proporcionando continuidad de los servicios en caso de transición al aprendizaje remoto.

Yo (Padre/Tutor (**Nombre Completo del Niño**) de _____ consiente que los servicios basados en el centro de mi hijo se entreguen usando Teleterapia y otras tecnologías para el aprendizaje remoto en mi hogar. Entiendo que este nuevo modelo de prestación de servicios cumplirá con el mandato del IEP de mi hijo.

Entiendo que la teleterapia y los servicios educativos como método de entrega a mi hogar sólo están disponibles durante el evento de transición al aprendizaje remoto. Soy consciente de que los servicios basados en el centro de mi hijo se reanudarán cuando el aprendizaje remoto haya concluido.

Entiendo que los servicios se prestarán en una variedad de estrategias basadas en la tecnología para satisfacer adecuadamente las necesidades de mi hijo. Entiendo que el equipo de mi hijo es accesible para responder a cualquier pregunta que pueda tener con respecto al progreso de mi hijo durante el aprendizaje remoto.

Nombre completo del padre/ tutor (en letra de imprenta) _____

Firma del padre _____ Fecha _____



NASSAU COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ACCESAR AL SEGURO MEDICAID DE LOS PADRES O DEL ESTUDIANTE PARA PAGAR POR CIERTOS SERVICIOS DE EDUCACION ESPECIAL EN EL PROGRAMA DE EDUCACION INDIVIDUALIZADA DEL ESTUDIANTE (IEP)

Estimados Padres/Tutores de _____

Esto es para pedir permiso (autorización) para cobrarle a su Programa de Seguro Medicaid o de su hijo por la educación especial y servicios relacionados que se encuentran en el programa de educación individualizado (IEP). Esta autorización permite que condado/el distrito escolar pueda facturar por servicios cubiertos relacionados con la salud y con el fin de entregar información al agente de facturación de Medicaid condado/del distrito escolar.

Yo, _____ como padres/tutores de, _____
(ESCRIBA El Nombre del Padre/Tutor)

Medicaid CIN #: _____

He recibido una notificación por escrito condado/del distrito escolar que explica mis derechos federales sobre el uso de beneficios públicos o de seguros para pagar por cierta educación especial y servicios relacionados.

Entiendo y acepto que el condado/distrito escolar puede acceder Medicaid para pagar por la educación especial y servicios relacionados proporcionados a mi hijo. Yo entiendo que:

- Proveer consentimiento no afectará mi cobertura de Medicaid o la de mi hijo;
- A petición, puedo revisar copias de los registros divulgados en virtud de la presente autorización.
- Los servicios enumerados en el IEP de mi hijo deben ser proporcionados sin costo alguno para mí, ya sea que dé o no mi consentimiento para facturar Medicaid;
- Tengo el derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento; y
- Condado/el distrito escolar tiene que darme una notificación anual por escrito de mis derechos en relación con este consentimiento.

También doy mi consentimiento para que condado/el distrito escolar pueda liberar los siguientes registros/información sobre mi hijo a la Agencia de Medicaid del Estado para efectos de facturación por la educación especial y servicios relacionados que se encuentran en el IEP de mi hijo. Se compartirán los siguientes registros.

Registros a ser compartidos (tales como registros o información acerca de los servicios que su hijo reciba)	
IEP, Orden Escrita/Remisión	Registros Especiales de Transporte y programa registros
Reportes de Evaluación/Notas de la Sesión	Otra información personal identificable
"Bajo la dirección de" Registros/Notas	Algún otro registro específico relacionado a los servicios o programas del niño

Doy mi consentimiento voluntariamente y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También entiendo que el derecho de mi hijo a recibir educación especial y servicios relacionados de ninguna manera depende de mi concesión de la autorización y que, a pesar de mi decisión de dar este consentimiento, se le proporcionarán a mi hijo todos los servicios requeridos en el IEP, sin costo alguno para mí.

Nombre y Firma del Padre/Tutor: _____
Nombre Firma del Padre/Tutor Fecha

Consentimiento parental preescolar para usar el correo electrónico para intercambiar información de identificación personal

El nombre del niño: _____ F.D.N. _____

Nombre de los Padres: _____

Dirección de correo electrónico (email): _____

A petición suya, ha elegido comunicar información de identificación personal sobre los servicios preescolares de su hijo por correo electrónico sin el uso de cifrado. Enviar información de identificación personal por correo electrónico tiene una serie de riesgos que debe tener en cuenta antes de dar su permiso. Estos riesgos incluyen, entre otros, los siguientes:

- El correo electrónico puede reenviarse y almacenarse en formato electrónico y en papel fácilmente sin el conocimiento previo de los padres.
- Los remitentes de correo electrónico pueden malinterpretar un correo electrónico y la información de identificación personal puede enviarse a destinatarios incorrectos por error.
- El correo electrónico enviado por Internet sin cifrado no es seguro y puede ser interceptado por terceros desconocidos.
- El contenido del correo electrónico se puede cambiar sin conocimiento del remitente o receptor.
- Los empleadores y proveedores de servicios en línea tienen derecho a revisar el correo electrónico enviado a través de sus sistemas.
- El correo electrónico puede contener virus dañinos y otros programas.

Reconocimiento y acuerdo de los padres

Reconozco que he leído y entiendo los elementos anteriores que describen los riesgos inherentes del uso del correo electrónico para comunicar información de identificación personal. Sin embargo, yo _____ autorizar _____ cuya dirección de correo electrónico es _____ para comunicarse conmigo en mi correo electrónico u _____, acerca de mi hijo, _____, participación en el programa, incluidos, entre otros, la comunicación sobre la prestación de servicios, su progreso y cualquier otro asunto relacionado. Entiendo que el uso del correo electrónico sin cifrado presenta los riesgos mencionados anteriormente y puede dar lugar a una divulgación no intencionada de dicha información.

Firma de los Padres _____ Fecha _____