

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: _____

Observaciones Religiosas/Observaciones: _____

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: _____

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: _____

Doy permiso para Just Kids Early Childhood para buscar tratamiento médico de emergencia para mi niño, _____ , que incluye llamar a mi médico para medicina de emergencia y/o ponerse en contacto con el 911 en 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 niño no incluye una siesta planeada. En caso de que mi niño esté cansado y se duerma en clase, él o ella se hacerse tan cómodos como lo permita el aula y serán supervisados continuamente por el personal de la clase.

La enfermera también podría ser llamada para evaluar el bienestar de mi niño. Entiendo que si la enfermera determina que mi niño no está lo suficientemente bien como para permanecer en la escuela, será llamado para recogerlos.

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: _____

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: _____



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 _____

Suffolk County Department of Health
Office of Children with Special Needs
Preschool Special Education Program
Consentimiento de Medicaid

Estimados Padres / Guardián de: _____ De niño SS#/CIN # _____

Esto es para solicitar su permiso (autorización) para facturar el seguro de Medicaid suyo o de su niño, para el programa de educación especial y servicios relacionados que se encuentran en el programa de educación individualizada (IEP) de su niño. Este acuerdo permite que, el Distrito Escolar / Suffolk County facture servicios relacionados.

Yo, _____ como Padre / Guardián de _____,
(Imprime nombre de su niño)

acabo de recibir una notificación por escrito del Distrito Escolar que explica mi derechos federales con respecto a la utilización de beneficios público o seguros que pagan ciertos programas de educación especial y servicios relacionados.

Entiendo y estoy de acuerdo que el distrito escolar/ Suffolk County puede acceder a Medicaid para que paguen por la educación especial y servicios relacionados de mi niño. Entiendo que: en dar mi consentimiento, no le afectara el seguro de Medicaid de mi niño; cuando quiero, puedo revisar las copias de los registros/ documentos transmitido en virtud de esta autorización; servicios que están indicado en el IEP de mi niño deben ser proporcionado sin costo a mí, si estoy en acuerdo o no, permito dar mi consentimiento a Medicaid; tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento; y el Distrito Escolar debe mandar (cada año), notificación por escrito sobre mis derechos con respecto a este consentimiento. Yo también doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar / Suffolk County / Proveedor mande los registros siguientes / información sobre mi niño, a la Agencia de Medicaid del Estado de Nueva York, para que facturen programas de educación especial y servicios relacionados que están indicados en el IEP de mi niño. Los registros siguientes serán compartidos.

Registros compartidos (registros / información sobre servicios que su niño recibe)	
Receta	Asistencia del Proveedor de Servicio
Referido	Certificación de “bajo la dirección de”
Registros de Tratamiento	Certificación de “bajo la supervisión de”
Programa de Educación Individualizada	Registros de “bajo la dirección de”
Registros de Asistencia	Registros de “bajo la supervisión de”
Registros de Autobús	Calendario
Otros documentos no mencionados necesario para apoyar una reclamación a Medicaid	

Doy mi consentimiento voluntario y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También tengo entendido que el derecho de mi niño de recibir educación especial y servicios relacionados, en ninguna manera depende en mi autorización y que, a pesar de mi decisión de proporcionar este consentimiento, todos los servicios requeridos en el IEP de mi niño, será siempre ofrecido a mi niño sin algún costo a mí.

Firma de Padres / Guardián: _____

Nombre de Padres / Guardián: _____ Fecha: _____

Consentimiento parental preescolar para usar el correo electrónico para intercambiar información de identificación personal durante la emergencia de COVID-19

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 comincarse conmigo en mi correo electrónico u _____, acerca de mi hijo, _____, participación en los servicios relacionados con la telepráctica preescolar, 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.

(Opcional) Además, doy permiso a los miembros del equipo de tratamiento de mi hijo(a) para que comuniquen información de identificación personal sobre mi hijo(a) entre ellos mediante correo electrónico no cifrado. Los miembros de preescolar a quienes les doy permiso para que el correo electrónico sin cifrar para comunicarse entre ellos acerca de mi hijo incluyen:

- (1) _____ con la dirección de correo electrónico _____
- (2) _____ con la dirección de correo electrónico _____
- (3) _____ con la dirección de correo electrónico _____
- (4) _____ con la dirección de correo electrónico _____
- (5) _____ con la dirección de correo electrónico _____

Firma de los Padres _____ Fecha _____