



El Contacto de Emergencia

Día de Admisión: _____ Distrito: _____
Nombre del Niño/a: _____
(Primero) (Apellido)
Sexo: M _ F_ Fecha de Nacimiento: _____ País/Estado de Nacimiento: _____
Dirección: _____
(Numero de la casa) (Calle) (Apartamento) (Ciudad y Condado) (Estado) (Código)
Número de Teléfono-Casa: _____
Nombre de la Madre: _____
Teléfono-Trabajo: _____ Teléfono-Celular: _____
Nombre del Padre: _____
Teléfono-Trabajo: _____ Teléfono-Celular: _____
Idioma que se habla en la casa: _____

Información de la Agencia del Foster

(Nombre de la Agencia) (Dirección) (Teléfono)

PERSONA PARA NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA (DE NO SER LOS PADRES)

1) _____
(Nombre) (Relación al niño/a)

Dirección: _____
(Numero de Casa) (Calle) (Apartamento) (Ciudad y Condado) (Estado) (Código)

Teléfono _____ Teléfono _____ Teléfono _____
Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

2) _____
(Nombre) (Relación al niño/a)

Dirección: _____
(Numero de Casa) (Calle) (Apartamento) (Ciudad y Condado) (Estado) (Código)

Teléfono _____ Teléfono _____ Teléfono _____
Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

3) _____
(Nombre) (Relación al niño/a)

Dirección: _____
(Numero de Casa) (Calle) (Apartamento) (Ciudad y Condado) (Estado) (Código)

Teléfono _____ Teléfono _____ Teléfono _____
Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____



NOMBRE DEL MEDICO, LA CLINICA O DEL HOSPITAL

(Nombre del Medico) _____

(Numero de Teléfono) _____

Dirección: _____

Seguro (si tiene): _____

Enfermedades Crónicas o Problemas de salud: _____

NIÑO/A TIENE ALERGIA A:

Nada: ___ Comidas (Especifique): _____

Mordedura de Insectos: _____

Otro: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES SIGNIFICATIVOS

___ Célula Falciforme ___ Diabetes ___ Convulsión ___ Alergias ___ Audición

___ Enfermedad Cardíaca ___ Hipertensión ___ Visión ___ Tuberculosis

Otro (Especifique): _____

HOSPITALIZACION Y ENFERMEDADES	SI	NO	EXPLIQUE
El niño/a ha estado hospitalizado o han tenido cirugía?			
El niño/a ha tenido una lesión seria de accidente (hueso roto, en la cabeza, una caída, quemaduras, envenenado)?			
El niño/a ha tenido una enfermedad seria?			

CONDICION ESPECIAL DE SALUD (A largo Plazo o Crónico)	EDAD QUE EMPESO	TRATAMIENTO/MEDICAMENTO
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

POR FAVOR DEVUELVA ESTE PAPEL A LA MAESTRA DE SU HIJO (A)



AUTORIZACION PARA RECOGER MI HIJO/A Y ENFERMEDAD

Yo entiendo y estoy de acuerdo que para mantener la seguridad de todos los niños/as la regulación de la escuela es que los niños/as no serán entregados a nadie mas que el padre/gardián. Si necesito otra persona que recoja a mi niño/a en la parada del bus o en la escuela yo voy a informar a la compañía de bus y a la escuela con tiempo y esa persona tendrá una identificación apropiada con foto. Yo entiendo y estoy de acuerdo que la escuela y la compañía del bus tienen el derecho de llevar a mi niño/a al precinto de la policía local de mi casa si nadie esta disponible para recibir a mi niño/a.

Adultos (18 años o mas) autorizados para recibir a mi niño/a del autobus de la escuela:

1. _____ Relación: _____
2. _____ Relación: _____
3. _____ Relación: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA

(Necesario Para La Admisión en el Day Care)

En caso de una emergencia medica en la escuela, yo doy mi consentimiento al personal de Sunshine Developmental School que administre/inicie la intervención medica necesaria. Me notificaran inmediatamente de la situación y me hare disponible para tomar a mi niño/a de la escuela o ir al hospital. Doy autorización para dar información al persoal medico (formulario contacto de emergencia, expedientes, etc.)

(Firma del Padre/Guardian)

(Fecha)

Dear Parents &/or Guardians,

If your child is mandated to received Occupational Therapy (OT) and/or Physical Therapy (PT) on their IEP (*can be seen on the firs pa of their IEP*) please have their pediatrician fill out the fooling form labeled **“Order for School Health Related Support Services”** (found on the next page) so your child can begin receiving their services in our school. **They can fax it to (718)464-2017 ATTN: Leah Papantonis**

*It is important the doctor fills out the form completely

If you have any questions, please call:

Estimados Padres/Acudientes,

Si su hijo tiene el mandato para recibir terapia ocupacional (OT) y/o terapia fisica (PT) en su IEP (puede ser visto en la primera página de su IEP) por favor que su pediatra llene el siguiente formulario llamado **“Orden de Servicios de Salud Escolar Relacionados con Soporte”** (“Orden for School Health Related Support Services”) (*que se encuentran en la página siguiente*) para que su niño pueda comenzar a recibir sus servicios en nuestra escuela. Puede mandarki por fax al (718)464-2017 ATTN: Leah Papantonis

*Es importante que el medico llene el formulario completamente

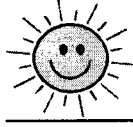
Si tiene alguna pregunta, por favor llame:

LEAH PAPANTONIS, MSPT

PT/OT Department Supervisor

(718)468-9000 Ext. 420

Fax: (718)464-2017



Forma de Consentimiento de los Padres para Contacto con el Medico

(Re: Prescripciones para Terapia Ocupacional y/o Terapia Física)

I, _____, padre de

(Nombre del Padre/Madre)

_____ doy a Sunshine

(Nombre del niño)

Developmental School permiso para enviar el Plan Educacional de mi hijo o el reporte de progreso de terapia física y/o ocupacional a el medico de Sunshine, Dr. Madeline R. Lalia y/o a el doctor de mi hijo mencionado a continuación,

Nombre del Pediatra: _____

Dirección: _____

Telefono #: _____

Fax#: _____

Yo ordeno facilitar el recibo de prescripciones para la recomendación del tratamiento de la terapia ocupacional o física.

Firma del Padre/Madre

Fecha

Por favor retornar esta forma a Leah Papantonis

Doctor, Nurse Practitioner or Physician Assistant
Order for School Health Related Support Services

Student Name: _____

First

Last

Birth Date: ____/____/____
 Month Day Year

NYC Student ID: _____
 OSIS#

I have reviewed the recommendations on the student's IEP with respect to the therapies below and in my opinion, the following services are deemed medically necessary:

For each therapy on the student's IEP, mark one column and include ICD Code (s)

Please blacken a circle only for services on the IEP

	Service IS Medically Necessary	Service, as written, IS NOT Medically Necessary	ID Code(s) associated with each service
Occupational Therapy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>
Physical Therapy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>

Ordering Doctor, PA or NP's Signature (an original signature is required)

Date

Ordering Doctor, PA or NP's Name

Ordering Doctor, PA or NP's License Number

Address (Street)

Ordering Doctor, PA or NP's NPI Number

Address (City, State, ZIP)

Ordering Doctor, PA or NP's Medicaid Provider ID Number

Telephone Number

**Forma del consentimiento parental para las investigaciones de la
audiencia**

Según el departamento de Nueva York de la salud y de la higiene mental, hay nuevos requisitos médicos para todos los estudiantes que se inscriben en los programas preescolar para septiembre del 2009. Una examinación física completa debe incluir una evaluación auditiva. Para conformarse con estas nuevas regulaciones, el departamento de la terapia de lenguaje ha puesto un programa de evaluación auditiva. Este programa funcionará a través del año y está solamente para los estudiantes que están atendiendo actualmente a la escuela de Sunshine Developmental School. Usted Recibirá los resultados de la investigación de auditiva de su niño. Le agradecemos por si cooperación.

Yo, _____, padre de: _____
(Nombre del padre) (Nombre del niño)

Doy _____ / NO doy _____ permiso a la escuela
Sunshine chequear lo oídos de mi hijo/hija.

Fecha: _____

Firma de Padre o guardian _____

Devuelva a professor de su hijo/hija

Sushine Developmental School
91-10 146th Street
Jamaica, NY 11435
Tel. 718-468-900 Fax. 718-464-2017

FORMA DEL PERMISO DE LOCION TOPICA Y DEL UNGÜENTO

Nombre del niño: _____

Nombre del Profesor: _____

_____ DOY EL PERMISO al personal de la escuela Sunshine para aplicar los ungüentos tópicos sin receta medica, incluyendo la loción de la mano, bloqueador solar y el repelente para insect, a mi niño según las instrucciones proporcionadas.

_____ NO DOY PERMISO.

Instrucciones especiales:

Firma del padre o guardian

Fecha

Devuelva a professor de su hijo/hija

El Contrato General

Nombre del Niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

Consentimiento para tratamiento medico

Por tanto doy consentimiento al personal del programa para obtener todo el tratamiento medico, que sea necesario para mi hijo(a) en emergencia bajo promesa de que mi familia será notificado lo mas pronto posible. Yo voy a estar disponible para recoger a mi hijo(a) en la escuela u hospital. También entregar información de mi hijo(a) (contacto de emergencia, iformación medica).

Firma del Padre

Fecha

Autorización para la entrega de/obtener información

Yo doy permiso a Sunshine Developmental School para la entrega de/obtener information con el Departamento de Educación de New York.

Firma del Padre

Fecha

Fotos/Videos

Yo autorizo a Sunshine Developmental School que le tome fotos/videos a mi niño/a para propósito de educación y serian usadas dentro de la escuela. Estas fotos/videos no van a salir de Sunshine Developmental School sin mi autorización. También, durante el año escolar, se van a tomar fotos de los estudiantes en varias actividades en la clase y en eventos especiales. Las fotos van a ser usadas para nuestro libro de recuerdo lo cual es una actividad para recaudar fondos.

Yo doy permiso para que las fotos/videos sean usados para propósitos de educación y sean usadas en el libro de recuerdo.

Firma del Padre

Fecha

Fotos/Videos

En ocasión (de fiestasde cumpleaños, graduación, etc.) Padres pueden tomar fotos y videos de los niños. Yo doy permiso que las imágenes de mi niño(a) sean usadas. Si yo tomo estas fotos/videos, yo estoy de acuerdo que no puedo mostrar estas fotos púbicament, incluyendo en sitios de interne como Facebook, My Space, etc.

Firma del Padre

Fecha

Paseos

Yo autorizo que mi niño/a participe en paseos por el vecindario de Sunshine Developmental School. Yo entiendo que si mi hijo/a van a ir lejos de la escuela me van a mandar un permiso de paseo aparte.

Firma del Padre

Fecha

Devuelva a professor de su hijo/hija



SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO
DE REEMBOLSO DE *MEDICAID*

Estimado padre o tutor:

Le escribo para pedirle su ayuda con nuestro trabajo de proporcionarle servicios a su hijo(a). Nuestras escuelas pueden recibir financiamiento adicional para algunos de los servicios brindados a los estudiantes, como su hijo(a), que tengan planes de educación individualizados (*IEP*). A fin de que las escuelas reciban estos fondos, necesitamos su consentimiento para (1) tener acceso y proporcionarles a los programas de *Medicaid* federales y estatales información de identificación personal de los registros de educación especial de su hijo(a) acerca de las evaluaciones de educación especial, programas y servicios que le proporcionan al (a la) alumno(a) y (2) tener acceso a los beneficios de *Medicaid* de su hijo(a) para financiar estos servicios. Lea la siguiente información, complete el formulario adjunto y entréguelo en la escuela de su hijo(a).

Gracias por ayudarnos a garantizar que nuestras escuelas públicas reciban tanto financiamiento como sea posible para los importantes servicios que les brindamos a nuestros alumnos.

Atentamente,

Carmen Fariña
Canciller

¿Por qué me piden que firme este formulario de consentimiento?

El Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (*NYC DOE*) usa financiamiento de *Medicaid* para sufragar algunos de los costos de proporcionarles servicios de educación especial a los alumnos que los necesitan. Con su consentimiento, el *NYC DOE* puede presentar solicitudes de reembolso para evaluaciones y servicios que se le proporcionan a su hijo(a). A usted no le exigen que solicite *Medicaid* o se inscriba en el programa para que su hijo(a) reciba los servicios estipulados en el *IEP*.

¿Qué información sobre mi hijo(a) se les entregará a los programas estatales y federales de *Medicaid*?

El *NYC DOE* proporcionará información de identificación personal acerca de las evaluaciones y servicios de educación especial brindados a su hijo(a). Esta información puede ser *IEP*, notas de progreso, registros de asistencia a clases, evaluaciones y otros registros e información relacionados con evaluaciones y servicios suministrados a su hijo(a).

¿Hay algún costo para mí o mi familia?

No hay ningún costo ni para usted ni para su familia. A usted no le pedirán que incurra en ningún gasto, ni bono, ni costo, ni copagos por la provisión de estos servicios. Los servicios que se le brindan a su hijo(a) dentro y fuera de la escuela no serán afectados de ninguna manera. Si su familia recibe beneficios de *Medicaid*, su cobertura no se cancelará, la cobertura de por vida vigente no disminuirá y los servicios que recibe su familia no resultarán afectados de ninguna manera por el acceso a los beneficios de *Medicaid*. A usted no le exigirán que solicite *Medicaid* o se inscriba en el programa para que su hijo(a) reciba los servicios estipulados en el *IEP*. Usted no correrá ningún riesgo de perder la admisibilidad para exenciones del hogar y la comunidad, si es que existe alguna, que se basen en sus gastos totales por concepto de salud.

¿Puedo cambiar de parecer en cuanto a permitirle al *NYC DOE* acceso a la información de mi hijo y reclamar el reembolso de gastos al programa *Medicaid*? ¿Qué ocurre si no doy mi consentimiento?

En cualquier momento usted puede cambiar de parecer acerca de este consentimiento. Para cambiar su decisión, llene un nuevo formulario y envíelo a la escuela de su hijo(a). El *NYC DOE* debe proporcionarle a su hijo educación especial y servicios a ningún costo para usted, aún si usted no da su aprobación o si retira su consentimiento en una fecha posterior.



CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN
DE REEMBOLSO DE *MEDICAID*

Student's last name

Student's first name

Date of birth

NYC Student ID

Seleccione una opción, firme, coloque la fecha en el documento, y devuélvale este formulario a la escuela de su hijo(a).

- Sí. Entiendo y convengo en que el *NYC DOE* puede tener acceso a los registros de educación especial de mi hijo(a), entre ellos el Programa de educación individualizado (*IEP*), notas de progreso, registros de asistencia a clases, evaluaciones y otros registros e información acerca de servicios y evaluaciones que le pueden proporcionar a mi hijo(a) y revelarle esta información de identificación personal a las entidades estatales y federales de *Medicaid* en la medida en que sea necesario para reclamar reembolso de ese programa. Convengo en que el *NYC DOE* puede tener acceso a los beneficios de *Medicaid* de mi hijo(a) para costear la educación especial y los servicios estipulados en el *IEP*.

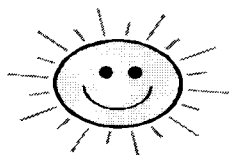
FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FECHA

- No. No doy permiso para que el *NYC DOE* tenga acceso a los registros de educación especial de mi hijo(a) y solicite reembolsos de *Medicaid* por servicios de educación especial brindados a mi hijo(a).

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FECHA



Recibo de Manual

Nombre de hijo/a: _____

Yo recibo, he leído, entiendo, acepto, y reconozco plenamente a lo que se afirma este manual de padres de la escuela Sunshine Developmental.

Firme de Padre

Fecha

Por favor devuelva este papel a la maestra de su hijo/a