

Formulario de Registro 2026-2027

Check one: ☐ Nuevo registro ☐ registro continuo

Comenzando: ____ Verano ____ Año académico (septiembre-junio)

Fecha _____

Información del estudiante

Child's Name _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento _____

Sexo _____

Nombre de Preferencia _____

Información de la Familia/ Historial Familiar (favor de completar en su totalidad)

Padre/Guardián 1			
Padre/Guardián 1		Fecha de Nacimiento	Preferido #
Dirección		Teléfono de la casa	
Idioma preferido		Teléfono Móvil	
Otros idiomas		Teléfono del trabajo	
Dirección Correo Electrónico			
Ocupación		Empleador	
Si es guardian legal, describa la relación con el niño.:			
Padre/Guardián 2			
Padre/Guardián 2		Fecha de Nacimiento	Preferido #
Dirección		Teléfono de la casa	
Idioma preferido		Teléfono Móvil	
Otros idiomas		Teléfono del trabajo	
Dirección Correo Electrónico			
Ocupación		Empleador	
Si es guardian legal, describa la relación con el niño.:			

Estado Civil de los Padres: ☐ casado ☐ soltero ☐ separado ☐ divorciado ☐ viudo

Si separado o divorciado, padre con custodia: ☐ ambos ☐ padre ☐ madre ☐ guardián(es) legal(es)

Si separado o divorciado, qué tipo de custodia: ☐ jurídico conjunto ☐ custodia física compartida ☐ custodia física única

Nota: Si su niño está matriculado en Clarke, usted tendrá que proveer una copia del documento legal que confirme la custodia.

Pérdida Auditiva (completar en su totalidad)

Para desarrollar la escucha y el lenguaje hablado, un niño sordo o con problemas de audición necesita un acceso auditivo óptimo con una amplificación adecuada y funcional (audífonos, CI, bahas) y debe usar su amplificación de 11 a 14 horas al día, todos los días.

Hospital/Clínica de Audiología:

Audiólogo (Nombre, Teléfono, Correo Electrónico)

Fecha de la prueba de audiología más reciente:)/Otólogo (Nombre, Teléfono, Correo Electrónico)

Fecha de la prueba de audiología más reciente:

Si tiene menos de 6 meses de antigüedad: ☐ Se adjunta una copia. ☐ Ya se lo envié a Clarke.

Si hace más de 6 meses: ☐ Tenemos una cita el (fecha): _____

¿Ha habido algún cambio en sus umbrales de audición (los sonidos más bajos que un niño puede escuchar sin sus audífonos)?

derecha oreja ☐ No ☐ Si Explique:

izquierda oreja ☐ No ☐ Sí Explique:

¿Ha habido algún cambio en los dispositivos de amplificación que utilizan?

A que hora su hijo::

- Comience a usar audífonos/implantes cocleares/bahas por la mañana.
 - _____
Quítese los audífonos/implantes cocleares/bahas por la noche.
 - _____
Otros momentos/actividades en los que su hijo no usa su amplificación:
(ejemplo: hora del baño, hora de la siesta)
-

¿Qué inquietudes o preguntas tiene sobre la pérdida auditiva de su hijo?

Información de Desarrollo

Apetito ☐ Bueno ☐ Justo ☐ Quisquilloso ¿Su hijo se alimenta solo? ☐ Sí ☐ No

Comidas/bebidas: ☐ leche ☐ agua ☐ huevos ☐ verduras ☐ fruta Comentarios: _____

Necesidades dietéticas especiales: _____

Habilidades para alimentarse: ☐ Usa una cuchara ☐ Usa un tenedor ☐ Bebe de una taza.

¿Su hijo usa: un chupete? ☐ Sí ☐ No ¿una botella? ☐ Sí ☐ No

¿Está su hijo entrenado para ir al baño? ☐ Sí ☐ No Comentarios: _____

¿Cuál es la hora de acostarse de su hijo? _____

¿Cuántas horas por noche duerme su hijo? _____

¿Su hijo duerme la siesta? ☐ Sí ☐ No ¿A qué hora y por cuánto tiempo? _____

¿Cuál es el libro favorito de su hijo? _____

¿Qué hace su hijo cuando está molesto o enojado? _____

¿Qué ayuda a consolar a su hijo? _____

¿Cómo es el gusto de tu hijo? ¿Disgustos? ¿Qué más puede compartir sobre la personalidad de su hijo?

¿Cuáles son sus objetivos para su hijo este año?

Actualización Médica y de Desarrollo (Por favor, complete toda la información solicitada)

Cada niño necesita un formulario médico/físico actualizado (menos de 1 año de edad) en el archivo con todas las vacunas requeridas, pruebas de plomo, pruebas de anemia y otra información requerida. Los niños no pueden comenzar la escuela sin esta información y no pueden continuar en la escuela si no se les proporciona la información.

Programa cualquier cita necesaria con anticipación para el examen físico o las vacunas de su hijo.

El formulario médico de mi hijo es ☐ A hoy ☐ Caducado/caducará pronto Fecha de cita _____

¿Hay algún cambio en las necesidades médicas o de desarrollo de su hijo, como nuevas alergias?

☐ No ☐ Si Por favor, explique, en caso afirmativo,: _____

¿Su hijo ha recibido algún diagnóstico médico o de desarrollo nuevo en el último año? ☐ No ☐ Si

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Su hijo ha sido evaluado por algún otro especialista médico, como:

☐ Psicólogo ☐ Psiquiatra ☐ Pediatra del Desarrollo ☐ Neurólogo ☐ Otro

Explicar: _____

¿Su hijo se ha sometido a pruebas genéticas en el último año? ☐ No ☐ Si En caso afirmativo,

sírvase adjuntar y explicar: _____

Lista de Documentos o Formularios Requeridos

(Requerido para ser completado y actualizado)

- ☐ Forma médica/física con vacunas actualizadas para la edad del niño y pruebas (plomo, anemia)
- ☐ Neighborhood Consent Notificación de paseos vecinales y uso de áreas de juego.
- ☐ Individual/Special Health Care Needs Necesidades individuales/especiales de atención médica
- ☐ Consent to Obtain/Release Information Consentimiento para obtener/divulgar información
- ☐ Emergency Contacts and Authorized Pick Ups Contactos de emergencia y recogidas autorizadas
- ☐ Consent for Emergency Medical Treatment Consentimiento para tratamiento médico de emergencia
- ☐ Media Consent, Video Consent Consentimiento de medios, Consentimiento de video
- ☐ Enrollment Form ☐ Formulario de inscripción

Additional Consent Forms

- ☐ Library Consent formulario de consentimiento de la biblioteca
- ☐ Technology Intake Form Formulario de admisión de tecnología
- ☐ Email Consent Consentimiento por correo electrónico
- ☐ Family Directory directorio de familia
- ☐ Consent to Apply Sunblock Consentimiento para aplicar bloqueador solar
- ☐ OT/PT Prescription from Primary Medical Provider on DOE form Receta de OT/PT del proveedor médico primario en el formulario DOE
- ☐ Medicaid consent form (DOE) Formulario de consentimiento de Medicaid (DOE)

Información Demográfica Actualizada

Cada año solicitamos a las familias que brinden información que nos ayude a tener un registro completo de su hijo, pero también nos ayude en nuestro análisis e investigación sobre niños con pérdida auditiva. Entendemos que parte de esta información es personal. Cualquier información que pueda identificar a su hijo o a su familia no está incluida en nuestra recopilación de datos para investigación. La información que usted proporcione nos ayudará a monitorear el progreso de su hijo a lo largo del tiempo, pero también nos proporcionará datos valiosos para ayudarnos a mejorar los resultados de todos los niños sordos o con problemas de audición.

Racial del niño

- ☐ Caucásico / Blanco ☐ Negro o Afroamericano ☐ Hispano o Latino ☐ Asiático
- ☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska ☐ Nativos de Hawai/islas del Pacífico ☐ Otro _____

Idiomas se habla en el hogar

- ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Francés ☐ Alemán ☐ Tagalong ☐ Coreano ☐ Urdu
- ☐ Árabe ☐ Rusa ☐ Hindi ☐ Otre(s) _____

Niños en su casa

Número de niños en su hogar (incluir niño que va a Clarke) _____

El más alto nivel de educación de los padres

madre/Parent 1	Padre/Parent 2
☐ 8th grado o menos	☐ 8th grado o menos
☐ Algunos estudios secundarios	☐ Algunos estudios secundarios
☐ Diploma de escuela secundaria/GED	☐ Diploma de escuela secundaria/GED
☐ Algunos estudios de Universidad	☐ Algunos estudios de Universidad
☐ Licenciatura	☐ Licenciatura
☐ Estudios de postgrado	☐ Estudios de postgrado
☐ Desconocido	☐ Desconocido

Estado de audiencia de los padres biológicos (infancia) y otros familiares biológicos

Madres: ☐ sin pérdida de audición ☐ pérdida de la audición ☐ ignoto

Padres: ☐ sin pérdida de audición ☐ pérdida de la audición ☐ ignoto

Hermanos: ☐ sin pérdida de audición ☐ pérdida de la audición ☐ ignoto

Otre: _____

¿Califica niño para Medicaid del estado y / o SSI? ☐ No ☐ Si

Ingreso Familiar:

☐ Menos de \$25,000 ☐ \$25,000-\$49,000 ☒ \$50,000-\$74,000 ☐ \$75,000-\$99,000

☐ \$100,000 or mas ☐ Prefiero no compartir

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA USAR EL CORREO ELECTRÓNICO PARA COMUNICARSE CON EL PERSONAL DE CLARKE

INTERVENCIÓN TEMPRANA O PREESCOLAR

Nombre de padre (1)

Nombre de padre (2)

Padre (1) correo electrónico

Padre (2) correo electrónico

Nombre de estudiante

Fecha de nacimiento del estudiante

A sus órdenes, ha elegido comunicar información de identificación personal sobre su hijo por correo electrónico sin el uso de cifrado. El correo electrónico tiene una serie de riesgos que debe conocer antes de otorgar el permiso. Estos riesgos incluyen, entre otros, los siguientes:

- El correo electrónico se puede reenviar y almacenar en formato electrónico y en papel fácilmente sin el conocimiento previo de los padres.
- Los remitentes de correo electrónico pueden enviar una dirección incorrecta a un correo electrónico y la información de identificación personal puede enviarse a destinatarios incorrectos por error.
- El correo electrónico a través de Internet sin cifrado no es seguro y puede ser interceptado por terceros desconocidos.
- El contenido del correo electrónico se puede cambiar sin el conocimiento del remitente o el receptor.
- Es posible que aún existan copias de seguridad del correo electrónico incluso después de que el remitente y el destinatario hayan eliminado los mensajes.
- Los empleadores y los proveedores de servicios en línea tienen derecho a verificar el correo electrónico enviado a través de sus sistemas.
- El correo electrónico puede contener virus dañinos y otros programas.
- Incluso cuando el correo electrónico está encriptado, Clarke no puede garantizar que sea completamente seguro.

Reconocimiento y acuerdo de los padres

Reconozco que he leído y entiendo los puntos anteriores que describen los riesgos inherentes de usar el correo electrónico para comunicar información de identificación personal. Sin embargo, autorizo a los profesionales de la Escuela Clarke (terapeutas, maestros, personal administrativo, etc.) a comunicarse conmigo a la dirección de correo electrónico que proporcioné con respecto a la participación de mi hijo en el programa de Intervención Temprana o Preescolar / CPSE y cualquier otro asunto relacionado. Entiendo que el uso del correo electrónico con y sin cifrado presenta los riesgos mencionados anteriormente y puede resultar en una divulgación no intencionada de dicha información. Mi firma a continuación indica mi consentimiento para el uso del correo electrónico para comunicarme

Fecha

Además, doy permiso para que los miembros del equipo de mi hijo se comuniquen entre sí información de identificación personal sobre mi hijo utilizando correo electrónico no cifrado. Los miembros del equipo de intervención temprana o preescolar a quienes doy permiso para usar el correo electrónico no cifrado para comunicarse entre sí sobre mi hijo incluyen:

Correo electrónico para:

Correo electrónico para:

Clarke Schools for Hearing and Speech/Nueva York
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA
2026-2027

Atención de emergencia proporcionada por Clarke School empleados se limitará a procedimientos simples de primeros auxilios. (es. decir., aplicando tiritas.). Los padres serán notificados de todas las heridas el día en que ocurre la herida.

En el caso de una más seria herida, se aplica el siguiente procedimiento:

1. Si se necesita atención de emergencia más allá de los simples procedimientos de primeros auxilios, se llama al 911. Es importante tener en cuenta que Clarke llamará al 911 por heridas o enfermedades que ustedes, como padres, no considerarían una emergencia y es posible que ni siquiera llamen al médico para tratar. Esto se debe a que no somos profesionales médicos y a que las situaciones de salud de los niños pueden empeorar rápidamente.
2. Un miembro del personal de la escuela Clarke llamará por teléfono a los padres del niño; si los padres no están disponibles, se llamará a un contacto de emergencia.
3. Por reglamento, paramédicos debe traer a cualquier niño de 5 años o menos a la sala de emergencias. Si un padre llega a la escuela antes de que los paramédicos se vayan al hospital, el padre puede firmar para rechazar el tratamiento médico. Los empleados de Clarke no puede firmar una denegación de tratamiento médico bajo ninguna circunstancia.
4. Las dos mas cercana sala de emergencias son:
New York Presbyterian Hospital-Pediatric ER en 525 E 68th St (212) 746-5050
Lenox Hill Hospital en 100 East 77th Street (Lexington y Park Avenues, 212.434-2000).
5. Si es necesario el transporte en ambulancia, un empleado de Clarke acompañará al niño si los padres no pueden hacerlo.

Clarke School necesita su permiso para proceder con la atención de emergencia en casos en los que la demora pueda comprometer el bienestar de su hijo. Los niños no pueden asistir a Clarke sin este consentimiento firmado en el archivo

Nombre de estudiante:	Fecha de Nacimiento:
Padre/Guardián 1:	Relación con estudiante si no con el padre:
Firma de Padre:	Fecha:
Padre/Guardián 2:	Relación con estudiante si no con el padre:
Firma de Padre/Guardián:	Fecha:

Nombre / número del pediatra:	
ALERTAS DE SALUD: Listar las alertas de salud, afecciones médicas, alergias, etc. e instrucciones en caso de emergencia y no se pueda localizar a los padres/contactos de emergencia. Enumere los medicamentos que toma su hijo con regularidad. Incluir para niños con implantes cocleares "No se permiten MRI - resonancias magnéticas"	

Nombre de estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha _____

Clarke Schools for Hearing and Speech/Nueva York
Contactos de emergencia Consentimiento para recoger

Nombre completo padre 1:	Número de celular padre 1:	Dirección padre 1:
Firma:	Número del trabajo padre 1:	
Nombre completo padre 2:	Número de celular padre 2:	Dirección padre 2 (si es diferente):
Firma:	Número del trabajo para 2::	

Contactos de emergencia

Ponga en lista a 3 personas, sin incluir a ninguno de los padres.

Si hay una emergencia o si un niño está enfermo y no podemos conseguir a uno de sus padres, llamaremos a uno de los contactos de emergencia. Favor de asegurarse que los contactos son informados de que han sido incluidos en esta lista.

Nombre	Número de teléfono	Parentesco con el niño

Contactos NO autorizados: Favor de poner en la lista a cualquier persona quien NO está autorizada a recoger al niño o a NO tener contacto con el niño.

Nombre del contacto NO autorizado	Parentesco con el niño	Hay una orden de la corte relacionada a este(a) individuo(a)? (si es así, incluya una copia)

Nombre/número del pediatra	
ALERTAS DE SALUD: Provea una lista de cualquier alerta de salud, condiciones médicas, alergias, etc. y las instrucciones en caso de emergencia en caso de que el padre o contacto de emergencia no se puedan conseguir. Por favor, haga una lista de los medicamentos que su niño toma.	

Personas autorizadas a recoger a su niño.

Los niños no serán entregados a ninguna persona que no haya sido incluida en esta lista. Esta lista es para las niñeras, contactos de emergencia o miembros de la familia quienes vayan a recoger a su niño ocasional o regularmente. Favor de asegurarse que cualquier persona autorizada a recoger a su niño sepa que tiene que presentar una identificación válida con foto. Favor de añadir cualquier nombre adicional en el reverso de este documento.

Nombre:	Parentesco con el niño	Número de teléfono	Dirección de correo electrónico

Clarke Schools for Hearing and Speech/Nueva York

Plan de atención médica individual para un niño/a con necesidades especiales de atención médica.

La escuela Clarke no tiene una enfermera y no administra medicamentos.

Fecha:

Nombre de estudiante:	Fecha de Nacimiento:
Nombre / información de contacto del proveedor de atención médica involucrado:	
Nombre / información de contacto del proveedor de atención médica involucrado:	
Padre/Guardián	

Para que lo complete el profesional médico

Para cada necesidad especial que se enumera a continuación, describa las señales de advertencia de angustia y qué hacer si hay un problema relacionado con esta necesidad en la escuela. Clarke solo puede proporcionar primeros auxilios simples.

Otras opciones de cuidado incluyen llamar a los padres para que recojan al niño/a o llamar al 911.

El niño/a tiene un implante coclear. No se permiten resonancias magnéticas - MRI.

Su hijo/a se le receta un epi-pen para

**Por favor incluye alergia en el cuadro a continuación

Necesidad especial	Qué buscar:	Plan para la escuela:

Enumere los medicamentos, incluidas las vitaminas, los antihistamínicos o los inhaladores, que se administran regularmente al niño/a en el hogar para cualquier cosa mencionada anteriormente. **Clarke no está autorizado para dispensar medicamentos.**

Medicina	Dosis	Frecuencia

Nombre del proveedor de atención médica / Firma / Fecha en que se completó

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Clarke Schools for the Hearing and Speech ("Clarke") demuestra respeto incondicional por el bienestar de cada niño y familia sin importar las diferencias. En colaboración con las familias, el currículo del programa maximiza el aprendizaje y el desarrollo del niño(a) en su totalidad, incluyendo la comprensión auditiva y el lenguaje hablado, el habla, la alfabetización, la cognición, las habilidades socioemocionales, físicas y académicas. El currículo apropiado para el desarrollo está orientado a objetivos y se basa en investigaciones actuales y prácticas basadas en evidencia. Trae intencionalmente las habilidades de escuchar y hablar a las rutinas naturales y el horario diario de la familia, incorporando tiempo y materiales para el juego, el aprendizaje por iniciativa propia, la interacción individual y grupal y la expresión creativa.

Las instalaciones del programa de Clarke brindan áreas o espacios de observación con cámaras de video o capacidad de audio designados como disponibles para la observación por parte de familias, profesionales, donantes y la comunidad en general.

Yo, el abajo firmante que son los padres o tutor del estudiante que se menciona a continuación, por la presente doy mi permiso y mi consentimiento a Clarke para usar el nombre, las palabras y las imágenes de mi hijo(a) y para que mi hijo(a) sea fotografiado, grabado en video/audio o en transmitido en vivo (cada uno una "Grabación"). Estoy de acuerdo que Clarke puede usar estas Grabaciones y la información de mi hijo(a) para permitir la observación de los estudiantes con el fin de evaluar a los estudiantes, el desarrollo profesional y las evaluaciones de rendimiento de los maestros, capacitación de mentores para las personas que apoyan a las familias y a sus hijos con pérdida auditiva que usan la escucha y lenguaje hablado para comunicarse y aprender, y para la observación de los estudiantes por parte de las familias y los donantes de Clarke. Clarke está a favor de observaciones de servicio directo a través de video en vivo y grabado.

Por favor indique su respuesta con un
Círculo: SI o NO

Nombre del Estudiante

Nombre del Padre/Madre/Tutor

Relación al Estudiante

Firma del Padre/Madre o Tutor

Fecha

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono: (hogar)

(trabajo)

(celular)

Padres/Tutor Correo Electrónico

**Formulario de consentimiento y de liberación**

Creemos que la mejor manera de demostrar el poder del trabajo de Clarke es proporcionando ejemplos de la vida real de nuestros niños, familias y educadores.

Yo, el abajo firmante, siendo el padre o tutor del estudiante que se indica a continuación, por la presente doy mi permiso a las Escuelas de Clarke para la Audición y el Habla para usar el nombre, las palabras, el arte y las imágenes de mi hijo (a través de fotografías / video / audio / otras grabaciones capturas de pantalla) en cualquier cobertura de los medios, así como en cualquier material promocional, educativo o de otro tipo impreso y / o electrónico. Estoy de acuerdo en que las Escuelas de Audición y Habla de Clarke pueden permitir que otros usen las palabras, el arte o las imágenes de mi hijo sin limitaciones ni compensación.

Por favor, indique su respuesta haciendo un círculo: **SÍ** ☐ o **NO** ☐

Nombre del estudiante

Nombre de padre o guardián

Relación con el estudiante

Firma de padre o guardián

Fecha

Dirección de casa

Ciudad

Estado

Área postal

Numero teléfono:

Padre o guardián dirección de correo electrónico

Notificación de paseos vecinales

2026-2027

Clarke no tiene un patio de juegos ni un espacio al aire libre en la escuela. Usamos la hermosa área de juegos y las instalaciones del parque Carl Schurz, en East 84th Street. También realizamos caminatas por el vecindario para realizar actividad física y aprender. Esta carta es para notificarle que estas actividades se realizan diariamente, si el clima lo permite. Si hay viajes fuera del sitio distintos de los mencionados aquí, se enviará a casa un formulario de permiso para que lo revise y firme.

Soy consciente de que mi hijo realizará caminatas por el vecindario y utilizará el parque y el área de juegos infantiles del parque Carl Shurz.

Nombre del Niño/a

Fecha de Nacimiento del Niño/a

Firma del Padre/Guardián

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER / LIBERACIÓN INFORMACIÓN MÉDICA Y / O EDUCATIVA

Para que Clarke se comuniquen, discuta, solicite o comparta información privada / confidencial con otras personas o proveedores, el padre / tutor legal debe dar su consentimiento por escrito y especificar qué información se puede compartir y con quién. Complete un formulario para cada persona o agencia (por ejemplo, un formulario para el pediatra y un formulario para el audiólogo).

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
------------------------	----------------------

Doy mi consentimiento para la comunicación de información médica o educativa sobre mi hijo entre la escuela Clarke para sordos dba las escuelas Clarke para la audición y el habla y las siguientes personas / organizaciones:

Nombre:	
Dirección:	
Número de teléfono:	
Número de fax	
Correo electrónico:	
Incluya cualquier restricción o límite a este comunicado:	

Información incluye:

- | | |
|---|--|
| ☐ Evaluaciones y informes de audiológica | ☐ Informe psiquiátrico |
| ☐ Formularios de salud/examen físico | ☐ Reporte de progreso |
| ☐ Reportes de programa CI | ☐ Informes de evaluación del habla / lenguaje |
| ☐ Prescripciones para servicio | ☐ Otro _____ |
| ☐ IFSP/IEP | ☐ Otro _____ |
| ☐ Prescripciones para OT, PT, Speech | |
| ☐ Evaluaciones o informes psicológicos | |
- ☐ Además, doy mi consentimiento a Clarke para divulgar la información verificada anteriormente a las mismas personas enumeradas anteriormente con la excepción de:
- _____.

Firma de padre o guardián

Fecha

Esta autorización vencerá al final de 1 año, a menos que se revoque el consentimiento por escrito antes de esa fecha.

2026-2027 Formulario de Admisión de Tecnología

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:	
Instalación donde el niño recibe servicios de audiología:			
Nombre del audiólogo:			
Correo electrónico del audiólogo:			
Teléfono y número de fax:			
Tipo/Grado de Pérdida Auditiva:			
Fecha de la evaluación audiológica más reciente de prueba de audición sin ayuda (menos de un año de edad):			
Fecha de la evaluación audiológica más reciente de prueba de audición con ayuda (menos de un año de edad):			

	Fabricante de audífonos/CI	Modelo de audífonos/CI	Número de serie
Derecha			
Izquierda			

	Fabricante	Modelo	Número de serie
Transmisor FM			
Receptor FM Derecho			
Receptor FM Izquierda			

Por la presente autorizo la divulgación de toda la información audiológica relacionada con (nombre del estudiante) _____ (fecha de nacimiento) _____ a las Escuelas de Clarke for Hearing and Speech y por las personas que se enumeran a continuación:

Nombre / Dirección Número de teléfono Dirección de correo electrónico	Consentimiento para divulgar información: (se requiere firma de los padres)	Consentimiento para obtener información: (se requiere la firma del padre)
Audiólogo:		
ORL otorrinolaringólogo / Otólogo		

Firma de padre o guardián

Fecha

Tarjeta de biblioteca
2026-2027

Queridos Padres,

Nuestra biblioteca de préstamos se ha expandido mucho desde que abrió por primera vez en septiembre de 2006; tenemos más de 3000 mareas y continuará agregando nuevos títulos a lo largo del año escolar. Nuestra biblioteca también tiene muchos libros para padres, sobre una variedad de temas. Se anima a todas las familias a que tomen prestados libros (y hagan sugerencias para nuevos títulos).

Los niños pueden pedir prestado un libro. Las clases de preescolar tienen horarios de biblioteca asignados. El maestro de su hijo le informará cuándo es ese horario para la clase de su hijo. Los libros deben devolverse la semana siguiente en el día asignado. Los padres también pueden sacar 2 libros en cualquier momento, pero pueden tomar prestados sus libros durante 2 semanas antes de devolverlos o renovarlos. Se pueden seleccionar libros nuevos siempre que el niño y los padres no tengan libros vencidos. Si un niño o una familia pierde o daña gravemente un libro, se le cobrará a la familia una tarifa de reemplazo.

Doy permiso para mi hijo, _____, pedir prestados libros a Clarke-Biblioteca de préstamos de Nueva York. Me aseguraré de que los libros se cuiden adecuadamente y se entiendan que si mi hijo pierde o daña un libro, se me evaluará y se me hará responsable de una tarifa de reemplazo.

Firma de padre o guardián

Fecha

Yo, _____, también quisiera tomar prestados libros de la biblioteca para padres de la escuela Clarke. Acepto devolver o renovar libros dentro de las dos semanas posteriores a la fecha de salida. Entiendo que si pierdo o daño un libro, se me evaluará y se me hará responsable de una tarifa de reemplazo.

Firma de padre o guardián

Fecha

**2026-2027 School Year
Preschool Family Directory**

Queridos padres,

Muchos padres han expresado interés en reunir a sus hijos después de la escuela o en los fines de semana o conectarse con otros padres de la escuela. Nuestras familias vienen de muchos lugares en Nueva York, lo que hace que esto sea un poco más complicado. Estamos tratando de armar una clase descubrimiento, para aquellas familias que quieran ser incluidas.

En el caso de que viajar por la ciudad para las fechas de juego pueda ser difícil, sugerimos planificar para algo después de la escuela, los padres se reúnen aquí en Clarke y van al patio de recreo o otros ubicación.

El directorio se organizará por clase. Si desea ser incluido en el directorio de la clase, por favor envíe la siguiente información:

Feche:

Nombre de estudiante:	Nombre de padre (s) o guardián:	Lenguaje principal:	Otros lenguajes conocido por padre o guardián:
Ciudad de residencia:	Prefiere jugar / Dispuesto a reunirse:		
Número de teléfono:	___ en casa de otro compañero ___ en casa de mi hijo/a ___ En Clarke/ cita de juego después de la escuela Otro:		

Por favor comunicase conmigo si tienes algunas preguntas.

Meredith Berger
Directora



PERMISO PARA APLICAR BLOQUEADOR SOLAR

Queridos padres:

Complete la siguiente información y envíe bloqueador solar con la inicial de su hijo. Mantendremos el bloqueador solar de su hijo en un cubículo para uso diario.

Fecha _____

Estoy enviando bloqueador solar para que lo use mi hijo/hija _____.
Te doy permiso para aplicarlo antes de salir al aire libre en días soleados.

Información Sobre Bloqueador Solar (Debe Ser Completada Por Los Padres)

La marca es _____.

El SPF es _____.

Mi hijo ha usado esta marca antes y no ha tenido una reacción alérgica.

Firma de Padre o Guardián

Fecha



80 East End Avenue
New York, NY 10028

VOICE 212.585.3500
FAX 212.585.3300

clarkeschools.org