

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS**REGISTRO DE CUIDADO DIURNO**

FOTO DEL NIÑO (Opcional)	NOMBRE DEL PROGRAMA:		DIRECCIÓN:		NÚMERO DE TELÉFONO () -			
	NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A): NOMBRE PREFERIDO/APODO:				FECHA DE NACIMIENTO: / /			
	DIRECCIÓN DE LA CASA DEL NIÑO(A):							
	NOMBRE DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL NIÑO(A):			RELACIÓN CON EL NIÑO(A): ☐ Padre/Madre ☐ Tutor(a) ☐ Encargado(a) ☐ Pariente _____ ☐ Otro _____				
NÚMERO(S) DE TELÉFONO DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL NIÑO(A): () - ☐ puede enviar textos						DIRECCIÓN DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL NIÑO(A) (SI ES DIFERENTE A LA DEL NIÑO(A)):		
Correo electrónico:								
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA	CONTACTOS DE EMERGENCIA/DIRECCIONES		Autorizado para recoger al niño(a)		NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL			
	Contacto principal:		☐ Sí ☐ No		() - ☐ puede enviar textos			
			☐ Sí ☐ No		() - ☐ puede enviar textos			
			☐ Sí ☐ No		() - ☐ puede enviar textos			
		☐ Sí ☐ No		() - ☐ puede enviar textos		() - ☐ puede enviar textos		
		☐ Sí ☐ No		() - ☐ puede enviar textos		() - ☐ puede enviar textos		
For Program Use Only Date of Enrollment: / /							For Program Use Only Date of Disenrollment: / /	

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A):		FECHA DE NACIMIENTO: / /	
Marque las casillas de abajo para indicar si su hijo(a) tiene necesidades o servicios especiales: ☐ Ninguno ☐ Intervención temprana/Educación especial ☐ Terapia ocupacional ☐ El habla/Lenguaje ☐ Terapia física ☐ Alergias (lista) _____ ☐ Otra _____			
Por favor proporcione información aquí Y discuta con su proveedor de cuidado infantil:			
NOMBRE DEL MÉDICO PRINCIPAL DEL NIÑO(A)/GRUPO:		NÚMERO DE TELÉFONO: () -	
HOSPITAL PREFERIDO:		NÚMERO DE TELÉFONO: () -	
CUIDADO DENTAL DEL NIÑO(A):		NÚMERO DE TELÉFONO: () -	
Información sobre seguro de salud para niños está disponible llamando gratis al 1-800-698-4543 o visitando el portal del mercado del cuidado de la salud del Departamento de Salud del Estado de Nueva York: https://nystateofhealth.ny.gov/			
ACUERDOS			
Yo doy mi consentimiento para tratamiento de emergencia para mi hijo(a)..... ☐ Sí ☐ No Yo doy mi consentimiento para que mi hijo participe en viajes en el vecindario (p. ej., biblioteca, parque y patio de recreo) lejos del programa bajo supervisión apropiada..... ☐ Sí ☐ No Yo comprendo que el programa puede necesitar permisos adicionales para situaciones tales como transportación, divulgación de información médica, y viajes de campo..... ☐ Sí ☐ No Yo proporcioné al programa información sobre las necesidades especiales de mi hijo(a) para ayudar en su cuidado..... ☐ Sí ☐ No Yo comprendo que al inscribir al niño(a) el programa debe dar a los padres una declaración escrita de su política, conforme a la regulación..... ☐ Sí ☐ No Estoy de acuerdo en revisar y actualizar esta información cuando ocurran cambios, por lo menos cada año..... ☐ Sí ☐ No			
FIRMA DEL PADRE/ MADRE O PERSONA(S) LEGALMENTE RESPONSABLE(S):			FECHA: / /

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
DECLARACIÓN MÉDICA DE UN NIÑO(A) EN CUIDADO INFANTIL

Para ser completada por un médico licenciado, asistente médico o enfermero(a) practicante

Nombre del Niño(a):	Fecha de Nacimiento:	Fecha del Examen:
---------------------	----------------------	-------------------

Inmunizaciones requeridas para ingresar al programa de cuidado infantil. Exención

Médica: La condición física del niño(a) nombrado es tal que una o más inmunizaciones pondrían su vida o su salud en peligro. Adjunte la certificación especificando la exención para la(s) inmunización/inmunizaciones. ☐ Sí ☐ No

Difteria, Tétano y Pertusis (DPT) Difteria y Tétano y Pertusis acelular (DTaP)	1era Fecha / /	2da Fecha / /	3era Fecha / /	4ta Fecha / /	5ta Fecha / /
Polio (IPV or OPV)	1era Fecha / /	2da Fecha / /	3era Fecha / /	4ta Fecha / /	
Haemophilus influenzae tipo B (Hib)	1era Fecha / /	2da Fecha / /	3era Fecha / /	4ta Fecha O 1era Fecha (si se da a los 15 meses de edad o después) / /	
Antineumocócica conjugada (PCV) para los nacidos el o después del 1/1/08	1era Fecha / /	2da Fecha / /	3era Fecha / /	4ta Fecha / /	
Hepatitis B	1era Fecha / /	2da Fecha / /	3era Fecha / /		
Sarambi6n, Paperas y Rub6ola (MMR)	1era Fecha / /	2da Fecha / /			
Varicela (tambi6n conocida como viruela loca)	1era Fecha / /	2da Fecha / /			

Otras inmunizaciones pueden incluir las vacunas recomendadas de Rotavirus, Influenzae y Hepatitis A

Tipo de Inmunizaci6n:	Fecha: / /	Tipo de Inmunizaci6n:	Fecha: / /
Tipo de Inmunizaci6n:	Fecha: / /	Tipo de Inmunizaci6n:	Fecha: / /
Tipo de Inmunizaci6n:	Fecha: / /	Tipo de Inmunizaci6n:	Fecha: / /

Pruebas

Fecha de la Prueba de Tuberculina ____ / ____ / ____ Resultados Mantoux: ☐ Positivo ☐ Negativo _____ mm

Las pruebas de TB se ordenan a discreci6n del m6dico. Pruebas aceptadas incluyen Mantoux u otra prueba federal.

Si es positiva, o si se orden6 rayos x, adjunte la declaraci6n del m6dico documentando el tratamiento y seguimiento.

Fecha de la Evaluaci6n de Plomo ____ / ____ / ____

Adjunte la declaraci6n de nivel de plomo

Evaluaci6n de Plomo (incluya todas las fechas y resultados)

1 a6o ____ / ____ / ____ Resultado: _____ mcg/dL ☐ Venoso ☐ Capilar

2 a6os ____ / ____ / ____ Resultado: _____ mcg/dL ☐ Venoso ☐ Capilar

Fecha m6s reciente de la prueba de plomo (si es diferente a la de arriba):

____ / ____ / ____ Resultado: _____ mcg/dL ☐ Venoso ☐ Capilar

Por ley del Estado de Nueva York, se requiere una prueba de plomo sangu6nea el primer y segundo a6o de edad, y cuando exista riesgo de intoxicaci6n de plomo. Si el ni6o(a) no ha recibido una prueba de plomo, el proveedor(a) de cuidado diurno no podr6 excluirlo del programa de cuidado diurno infantil, pero deber6 dar al padre/madre informaci6n sobre intoxicaci6n de plomo y prevenci6n, y deber6 referir al padre/madre a su proveedor(a) de atenci6n m6dica o al departamento de salud del condado para una prueba sangu6nea de plomo.

INFORMACI6N ADICIONAL EN EL REVERSO →

Declaración Médica de un Niño(a) en Cuidado Infantil (continuación)**Especificaciones de Salud****Comentarios**

¿Tiene alergias? (Especifique) ☐ Sí ☐ No	
¿Toma medicamentos regularmente? (Especifique medicamentos y condición) ☐ Sí ☐ No	
¿Requiere una dieta especial? (Especifique dieta y condición) ☐ Sí ☐ No	
¿Hay algunas condiciones de audición, visuales o dentales que requieren atención especial? ☐ Sí ☐ No	
¿Hay algunas condiciones médicas o de desarrollo que requieren atención especial? ☐ Sí ☐ No	

Resumen del Examen Físico

Incluya recomendaciones especiales a los proveedores de cuidado diurno: _____

En base a los resultados indicados arriba y teniendo conocimiento del niño(a) nombrado(a), yo considero que él/ella está libre de alguna enfermedad infecciosa y contagiosa, y puede participar en el programa de cuidado diurno.

☐ Sí ☐ No

Firma del Examinador(a)	Dirección
Nombre en Letras de Imprenta	Ciudad, Estado, Zona Postal
Título	() - / / Teléfono Fecha

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTACIÓN
Programas de Cuidado Diurno Infantil

Nombre del Proveedor(a): _____ Número de ID del Establecimiento: _____

Nombre del Programa: _____

Este formulario puede usarse para satisfacer los requisitos regulatorios de obtener un consentimiento por escrito del padre/madre del niño(a) para cualquier arreglo de transportación provisto o coordinado por el proveedor(a) de cuidado infantil, y para informar al padre/madre cuando cambie la persona encargada de la transportación. Este formulario no es un Plan de Transportación.

Los padres cuyos hijos reciben servicios de transportación deben recibir, en el momento de inscribir a sus hijos, una copia del Plan de Transportación del programa. Si el plan se enmienda, los padres deben recibir una copia del plan enmendado antes de la fecha de su inicio.

Se recomienda completar un Formulario de Consentimiento de Transportación por separado para cada niño(a).

- ☐ He sido informado(a), y estoy de acuerdo, con el Plan de Transportación del programa de cuidado infantil mencionado anteriormente.

El Plan de Transportación está adjunto al Formulario de Consentimiento de Transportación (Sí / No) *encierre su respuesta en un círculo*

Fecha del Plan de Transportación _____

- ☐ Doy permiso para que mi hijo(a) (*nombre*): _____
sea transportado(a) por (*nombre del proveedor(a) y/o del contratista de transportación coordinado por el programa*): _____

A la(s) hora(s) siguiente(s) (*marque todo lo que se aplica*):

- ☐ Sólo como se indica en el horario de transportación establecido para mi hijo(a)

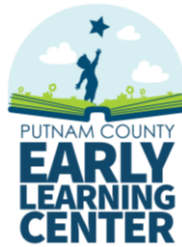
- ☐ Otro (*explique*): _____

Al firmar este formulario, doy consentimiento a los servicios de transportación descritos anteriormente.

Nombre del Padre/Madre en Letras de Imprenta: _____

Firma del Padre/Madre: X _____

Fecha: _____



Cuestionario para padres en la inscripción

Niños Name _____ Nick Name _____ DOB: _____

Nombre(s) de los padres _____

Número de teléfono: _____ bien enviar un mensaje? _____

Dirección de correo electrónico: _____

Al recibir información sobre la escuela, ¿prefieres por correo electrónico o copy _____

Información médica

¿Hay alguna alergia o restrictions _____ dietética

Si es así, por favor
explain _____

¿Alguna condición médica o
restrictions _____

Si es así, ¿rellenaste el formulario individual del plan de salud? _____

¿Tu hijo está entrenado para ir al baño? _____ ¿Necesitan ayuda con el baño o el
autocuidado? _____

¿Tienes alguna necesidad o preocupación especial sobre tu hijo _____

Si es así, por favor
explain _____

¿Tu hijo tiene algún miedo específico? _____

¿Tu hijo ha asistido antes a guardería o preescolar? _____

Si es así, por favor describe sus
experience_____

¿Cuáles son los juguetes favoritos de tu hijo? _____

¿Tu hijo tiene algún interés especial? _____

¿Hay alguna otra información que debamos saber sobre tu hijo?

¿Tiene alguna objeción a las discusiones y proyectos de clase relacionados con la
concienciación de las festividades que se celebran en nuestro país y en otras partes del
mundo como parte de nuestro currículo?

¿Desea que su nombre e información de contacto estén incluidos en el directorio de aulas
que se distribuiría a los padres de otros alumnos de la clase de su hijo

Número de teléfono: yes_____ no_____ Dirección de correo electrónico: yes___ No_____

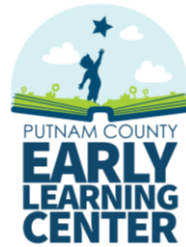
¿Está bien fotografiar o grabar a tu hijo como parte de actividades escolares para
publicarlo en nuestra página privada de Microsoft Teams? Yes_____ No_____

Si es así, ¿rellenaste el formulario de autorización de fotos? yes_____ No_____

Por favor, envía el formulario completado junto con el resto de tus papeles de inscripción a
la oficina o puedes enviarlos por correo electrónico a Stefanie.Kahn@putnamcountyny.gov

Gracias,

Stefanie



Formulario de liberación para fotos de la guardería

Yo, _____ el padre de _____,
que asiste al CENTRO DE APRENDIZAJE TEMPRANO DEL CONDADO DE PUTNAM,
estamos de acuerdo con lo siguiente:

Entiendo que mi(s) hijo(s) cuyo(s) nombre(s) están mencionados arriba, pueden ser fotografiados en el centro durante el horario normal de cuidado o durante las actividades del centro. Entiendo que estas fotografías pueden publicarse en el feed privado del equipo de Microsoft o pueden usarse para promocionar el centro, ya sea en papel o en la web.

Al firmar a continuación, concedo permiso para que mi(s) hijo(s) sean fotografiados o para que sus imágenes sean grabadas para uso impreso o electrónico en la publicación en el feed del equipo de Microsoft o para promocionar los servicios o actividades del centro. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar este formulario en caso de que ya no deseo autorizar el uso de las fotos o imágenes de mi hijo. Estoy de acuerdo en que este formulario seguirá vigente durante el periodo de inscripción de mi hijo. Entiendo que no habrá pago por mi participación ni por mi hijo en esta liberación.

Fecha Signature _____ **padre/tutor:** _____

Relación con child _____

2026-2027 School Calendar



Early Learning Center

40 Jon Barrett Rd, Patterson, NY 12563

PutnamELC@putnamcountyny.gov

845-808-1640 ext. 46130

DATE	EVENT/HOLIDAY	TYPE	NOTES
07 Sep 2026	Labor Day	Federal	
12 Oct 2026	Columbus Day	Federal	
11 Nov 2026	Veterans Day	Federal	
26 Nov 2026	Thanksgiving Day	Federal	
25 Dec 2026	Christmas	Federal	
01 Jan 2027	New Year's Day	Federal	
18 Jan 2027	M L King Day	Federal	
15 Feb 2027	Presidents' Day	Federal	
26 Mar 2027	Good Friday	Federal	
28 Mar 2027	Easter Sunday	Federal	
31 May 2027	Memorial Day	Federal	
18 Jun 2027	Juneteenth Holiday	Federal	
19 Jun 2027	Juneteenth	Federal	
04 July 2027	Independence Day	Federal	
05 July 2027	Independence Day H	Federal	
Important Dates			
2 Sep 2026	First Day of School		
7 Sep 2026	Labor Day Recess		
21 Sep 2026	Yom Kipper		
12 Oct 2026	Columbus Day		
11 Nov 2026	Veteran's Day		
11/26-11/27	Thanksgiving Recess		
12/24-1/1/27	Holiday Recess		
18 Jan 2027	M L King Day		
2/15-2/19/27	Winter Recess		
3/22-3/26/27	Spring Recess		
4/22-4/23/27	Passover		
31 May 2027	Memorial Day		
18 Jun 2027	Juneteenth		
25 Jun 2027	Last Day of School		
Summer School			
6 Jul 2027	First Day		
13 Aug 2027	Last day		
	Start/ End of School		
	School Closed		

August 2026						
Su	M	Tu	W	Th	F	Sa
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

February 2027						
Su	M	Tu	W	Th	F	Sa
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28						

September 2026						
Su	M	Tu	W	Th	F	Sa
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

March 2027						
Su	M	Tu	W	Th	F	Sa
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

October 2026						
Su	M	Tu	W	Th	F	Sa
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

April 2027						
Su	M	Tu	W	Th	F	Sa
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

November 2026						
Su	M	Tu	W	Th	F	Sa
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

May 2027						
Su	M	Tu	W	Th	F	Sa
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

December 2026						
Su	M	Tu	W	Th	F	Sa
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

June 2027						
Su	M	Tu	W	Th	F	Sa
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

January 2027						
Su	M	Tu	W	Th	F	Sa
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

July 2027						
Su	M	Tu	W	Th	F	Sa
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31