

**Formulario de Inscripción:** Educación a distancia de JTC para padres de niños pequeños (0-5 años de edad) con pérdida auditiva  
Llene esta forma en línea. Vaya a: <https://www.jtc.org/pals/es/> o imprime y envíelo por correo a la dirección mencionado en nuestro sitio web.

<b>Información del Padre</b>	Yo soy <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: _____
Nombre _____	Apellido _____
Correo Electrónico _____	Numero de telefono _____
Primer Idioma _____	Segundo Idioma _____

<b>Información del Niño</b>	Nombre _____	Apellido _____
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____	
<b>Grado de pérdida</b>		
Derecho <input type="checkbox"/> Ningun <input type="checkbox"/> 15-24 dB ligero <input type="checkbox"/> 25-39 dB mild <input type="checkbox"/> 40-70 dB moderate <input type="checkbox"/> 71-90 db severe <input type="checkbox"/> 91+ dB profound		
Izquierdo <input type="checkbox"/> Ningun <input type="checkbox"/> 15-24 dB ligero <input type="checkbox"/> 25-39 dB mild <input type="checkbox"/> 40-70 dB moderate <input type="checkbox"/> 71-90 db severe <input type="checkbox"/> 91+ dB profound		
<b>Dispositivos auditivo</b>		
<input type="checkbox"/> Modelo/tipo de implante coclear _____	Lado <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Ambos lados/bilateral	
<input type="checkbox"/> ABI (Implantes de conducción ósea) _____	Lado <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Ambos lados/bilateral	
<input type="checkbox"/> Modelo/tipo de audífono _____	Lado <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Ambos lados/bilateral	
<input type="checkbox"/> BAHA Cuerpo Conducción ósea _____	Lado <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Ambos lados/bilateral	
¿Edad que empezó a utilizarlo consistentemente? _____		
<input type="checkbox"/> No tiene dispositivo auditivo. Porque. _____		
¿Existe un historial de pérdida auditiva infantil en su familia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		

<b>Comunicación</b> (marca todo lo que corresponde)
La familia utiliza <input type="checkbox"/> El lenguaje hablado <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas de su país (ASL, BSL, etc) <input type="checkbox"/> Habla Complementada <input type="checkbox"/> Comunicación Total
Audición <input type="checkbox"/> Percibe sonidos <input type="checkbox"/> Reacciona a la voz <input type="checkbox"/> Disfruta juguetes con sonido <input type="checkbox"/> Imita sonidos <input type="checkbox"/> Responde a lenguaje hablado
Lenguaje <input type="checkbox"/> Entiende gestos <input type="checkbox"/> Mira fotos y libros <input type="checkbox"/> Utiliza pocas palabras <input type="checkbox"/> Responde preguntas simples <input type="checkbox"/> Utiliza frases cortas
Servicio actual <input type="checkbox"/> Intervención temprana/Preescolar <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> Terapia física/ocupacional <input type="checkbox"/> Otros servicios que recibe
_____
Inquietudes actuales sobre su niño _____

<b>Permiso de publicación</b>	Doy permiso a JTC para que use en la publicación de materiales educativos sin límites o reservas
<input type="checkbox"/> Fotografías mías y de mi(s) niño(s) menor(es)	<input type="checkbox"/> Porciones de mis comentarios escritos (usando mis iniciales o nombre solamente)
Firma _____	Fecha _____

<b>Educación a Distancia</b>	<b>*Si NO está disponible el acceso al internet, recibir materiales por correo postal.</b>
	Yo usare los materiales <input type="checkbox"/> En Línea - acceso inmediato <input type="checkbox"/> Por correo regular - puede tardar hasta 2 semanas*

<b>Dirección Postal</b>
Dirección _____
Línea 2 para Dirección _____
Cuidad _____ Código Postal _____ País _____