

**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: [pals.jtc.org](http://pals.jtc.org) o imprima y envíelo por correo a la dirección en la parte inferior

## Información del Padre

Usted es:  Mamá  Papá  Tutor  Otro: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Primer Idioma: \_\_\_\_\_ Segundo Idioma: \_\_\_\_\_

## Información del Niño

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo  F  M  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Existe un historial de pérdida auditiva infantil en su familia?  No  Sí  
**Grado de pérdida**  
Derecho:  Normal  26-40 dB leve  41-55 dB moderada  56-70 dB moderada a severa  71-90 dB severa  91 dB + profunda  
Izquierdo:  Normal  26-40 dB leve  41-55 dB moderada  56-70 dB moderada a severa  71-90 dB severa  91 dB + profunda  
**Dispositivos auditivo**  
 Modelo/tipo de implante coclear: \_\_\_\_\_ Lado:  Izquierdo  Derecho  Ambos lados/bilateral  
 ABI (Implantes de conducción ósea) \_\_\_\_\_ Lado:  Izquierdo  Derecho  Ambos lados/bilateral  
 Modelo/tipo de audífono: \_\_\_\_\_ Lado:  Izquierdo  Derecho  Ambos lados/bilateral  
 BAHA Cuerpo Conducción ósea \_\_\_\_\_  
Edad que empezó a utilizarlo consistentemente?: \_\_\_\_\_  
 No tiene dispositivo auditivo. ¿Porque?: \_\_\_\_\_

## El comunicación del niño (marca todo lo que corresponde):

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

## Permiso de publicación

Doy permiso a John Tracy Clinic para que use: Fotografías mías y de mi(s) niño(s) menor(es) Porciones de mis comentarios escritos (usando mis iniciales o nombre solamente) en la publicación de materiales educativos sin límites o reservas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Educación a Distancia

Recibe materiales:  En Línea - acceso inmediato  Por correo regular - puede tardar hasta 3 semanas

## Dirección Postal

**\*\* Si no está disponible el acceso al internet, puede enviar una solicitud especial para recibir las lecciones por correo. \*\***

Dirección: \_\_\_\_\_  
Línea 2 para Dirección: \_\_\_\_\_  
Cuidad: \_\_\_\_\_ Código Postal de su País: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_