

CLÍNICA JOHN TRACY

806 W. Adams Boulevard

Los Angeles, CA 90007

(800) 522-4582

FAX (213) 745-5074

Información del Curso de Educación a Distancia - pals@jtc.org

Inscribirme al Curso de Educación a Distancia

por Internet

correo postal

Información sobre la familia:

Padre/tutor

Nombre de pila

Segundo nombre

Apellido

Madre/tutora

Nombre de pila

Segundo nombre

Apellido

Dirección

Ciudad

"*****"Estado

"Código postal

País

Teléfono

Correo electrónico

Ocupación de los padres

Padre

Madre

Idioma(s) hablado(s) en el hogar

Historial médico y auditivo del niño:

Niño :

Nombre de pila

Segundo nombre

Apellido

Sexo: M ____ F ____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
mes día año

¿Fue prematuro su bebé? Sí ____ No ____

Si lo fue, ¿qué mes? _____

¿Estaba sano su bebé al nacer? Sí ____ No ____

¿Está sano su hijo ahora? Sí ____ No ____

Detalle las discapacidades o necesidades especiales de su hijo _____

Tratamiento médico actual, si lo hay _____

¿Es adoptado su hijo? Sí ____ No ____ Si lo es, ¿cuándo? _____

¿Existe un historial de pérdida auditiva infantil en su familia? Sí ____ No ____

¿Le han hecho recientemente a su hijo pruebas o evaluaciones auditivas? Sí ____ No ____

Si se las han hecho, por favor envíenos una copia.

Edad en que sospecharon la pérdida auditiva _____ Edad en que se la diagnosticaron _____

Grado de pérdida _____ Causa, si se conoce _____



¿Qué sonidos, si los hay, oye su hijo?:

Con amplificación _____
Sin amplificación _____

Marque cualquier dispositivo que su hijo esté utilizando ahora:

Implante coclear _____ Modelo/tipo _____
Izquierdo ___ Derecho ___ Bilateral ___

Audífono Izquierdo ___ Derecho ___ Bilateral ___ Modelo/tipo _____
Conducción ósea ___ BAHA ___ Cuerpo ___ Otro ___

¿A qué edad empezó a utilizarlo consistentemente? _____

Servicios actuales: Habla/lenguaje _____ Audiología _____ Educación _____ Otro _____

Lista de verificación del desarrollo (por favor, marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|-----------------------------------|
| Sostiene objetos _____ | Balbucea _____ |
| Sostiene la cabeza _____ | Percibe sonidos _____ |
| Intenta tomar objetos con las manos _____ | Reacciona a la voz _____ |
| Se sienta por sí mismo _____ | Señala para comunicar _____ |
| Gatea _____ | Entiende señas _____ |
| Camina independientemente _____ | Utiliza algunas señas _____ |
| Recoje/come alimentos con las manos _____ | Entiende palabras habladas _____ |
| Come alimentos sólidos _____ | Imita sonidos _____ |
| Utiliza cuchara _____ | Utiliza unas pocas palabras _____ |
| Ayuda a vestirse a sí mismo _____ | Responde preguntas simples _____ |
| Juega con juguetes _____ | Mira libros _____ |
| Disfruta de juegos simples _____ | Utiliza frases cortas _____ |

Inquietudes actuales sobre su hijo:

Nombres y fechas de nacimiento de otros hijos:

Nombre	M/F	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Información adicional:

¿Cómo deben escribirse los saludos de sus cartas?

Ej. Estimada **Sra. Apellido** Estimado **Nombre de pila(s)** Estimados **Sr. y Sra. Apellido**

Escriba su preferencia: Estimado _____

¿Cómo encontró la **Clínica John Tracy**?

- | | |
|----------------------------------|---|
| _____ Remisión de un profesional | _____ Sugerencia de uno de los padres/amigo |
| _____ Búsqueda en Internet | _____ Otro |

