

Solicitud de los padres para el programa de verano 2025

Escriba en letra de imprenta legible y devuélvalo por fax (540.568.5757) o en persona a la Clínica del Habla y el Lenguaje de la James Madison University (JMU), o al correo electrónico ScottishRite@jmu.edu

Nombre del cliente: _____

Apellido del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: (del hogar): _____

Sexo: M F Prefiero no decirlo

¿Se puede dejar un mensaje? Sí No

Padre/madre/tutor(a): _____

(del trabajo): _____

Dirección: _____

¿Se puede dejar un mensaje? Sí No

Ciudad/estado: _____

(Móvil): _____

Código postal: _____

¿Se puede dejar un mensaje? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

¿Qué número prefiere que utilicemos para ponernos en contacto con usted?

Del hogar Del trabajo Móvil

Idioma principal del (de la) niño(a): ___ Inglés ___ Español ___ Otro _____

Otros idiomas que se hablan en el hogar: _____

Marque "SÍ" o "NO" en cada pregunta:

1. ¿Necesita un intérprete?

Hijo(a)	Padre/madre	Ambos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Su hijo(a) ha recibido alguna vez terapia ocupacional o fisioterapia?

SÍ NO

3. ¿Su hijo(a) tiene algún otro diagnóstico que no sea del habla y del lenguaje?

SÍ NO

En caso afirmativo, explique:

4. ¿Le preocupa la seguridad de su hijo(a)? Por

ejemplo, nuestra sede tiene un gran parque infantil natural que no tiene valla alrededor. ¿Supone esto un peligro para la seguridad de su hijo(a), por ejemplo, si tiende a escaparse?

SÍ NO

5. ¿Su hijo(a) ya sabe ir al baño regularmente?

SÍ NO

6. Escuela o guardería actual:

_____ N/A

7. ¿Tiene alguna afiliación con Scottish Rite Freemasonry de Virginia?

SÍ NO

En caso afirmativo, identifique la relación con su hijo(a)

ENTREGUE ANTES DEL: 10 de marzo de 2025

RECORDATORIO: SE ESPERA QUE LOS NIÑOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VERANO ASISTAN A TODOS LOS DÍAS DE CLÍNICA PROGRAMADOS DENTRO DE CADA SESIÓN SELECCIONADA; LA JMU NO OFRECE SERVICIOS DE TRANSPORTE.

Firma del padre/madre o tutor(a)

Fecha

**Formulario de remisión del patólogo del habla y del lenguaje (Speech-Language Pathologist, SLP)
(Solo debe completarlo el SLP remitente)**

Nombre del (de la) niño(a): _____ Edad: _____

Nombre del SLP: _____

Nombre de la agencia o de la escuela: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Considere la naturaleza del trastorno de comunicación del (de la) niño(a) y califique su *nivel de dificultad* en las siguientes áreas:

	No hay preocupaciones	Leve	Moderado	Grave
Seguir instrucciones	0	1	2	3
Seguir la rutina del salón de clases	0	1	2	3
Responder preguntas básicas (quién, qué, dónde, sí/no)	0	1	2	3
Responder preguntas sobre cuentos o actividades del salón de clases	0	1	2	3
Mantener el tema durante una conversación breve	0	1	2	3
Mantener un nivel de atención adecuado para la edad	0	1	2	3
Expresar ideas con una gramática adecuada para la edad	0	1	2	3
Formular preguntas sencillas (quién, qué, cuándo, dónde, por qué)	0	1	2	3
Utilizar un vocabulario acorde a la edad al hablar	0	1	2	3
Utilizar el lenguaje para comunicarse con los demás	0	1	2	3
Participar en juegos adecuados con los demás	0	1	2	3

ENTREGUE ANTES DEL: 10 de marzo de 2025

Pasar de una actividad a otra	0	1	2	3
Ser entendido por un oyente desconocido	0	1	2	3
Producir todos los fonemas esperados para la edad	0	1	2	3

Proporcione un breve resumen del nivel actual de rendimiento del (de la) niño(a) y de los apoyos o estrategias que han sido eficaces:

Proporcione metas actuales y tenga en cuenta el progreso:

¿Hay algún problema de comportamiento o de seguridad que debamos tener en cuenta? SÍ NO

** En caso afirmativo, describa los problemas de comportamiento y cualquier estrategia que haya aplicado con éxito.

Indique los intereses del cliente:

**** *Obligatorio:* adjuntar la documentación de apoyo (informes, plan de cuidados o Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP))**