

## Solicitud de los padres/madres para los programas de verano 2024

Imprima de manera legible y envíelo por fax (540.568.5757), email ([ScottishRite@jmu.edu](mailto:ScottishRite@jmu.edu)), o al JMU Speech-Language Clinic

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Apellido(s) del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono (casa): \_\_\_\_\_

Género: M  F  Otro  Prefiero no decir  ¿Dejar un mensaje? Sí  No

Padre(s)/Madre(s)/Tutor(es): \_\_\_\_\_ (trabajo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ ¿Dejar un mensaje? Sí  No

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ (celular): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ ¿Dejar un mensaje? Sí  No

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

Lengua materna del niño/a: \_\_\_ Inglés \_\_\_ Español \_\_\_ Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Otra(s) lengua(s) hablada(s) en casa: \_\_\_\_\_

Usted o el/la niño/a necesitan un intérprete: Sí  No

Sírvase responder a cada pregunta:

¿Ha recibido su hijo/a alguna vez terapia ocupacional o fisioterapia? SÍ  NO

En caso afirmativo, explique:

¿Tiene su hijo/a algún otro diagnóstico que no sea del habla y el lenguaje? SÍ  NO

En caso afirmativo, explique:

¿Tiene su hijo/a alguna alergia? SÍ  NO

Si ha respondido afirmativamente, indíquelas aquí:

¿Su hijo/a utiliza actualmente una sonda de alimentación? SÍ  NO

Si la respuesta es afirmativa, indique aquí el tipo de fórmula y su frecuencia:

¿Su hijo/a utiliza ahora un dispositivo de CAA que genere habla? SÍ  NO

Si la respuesta es afirmativa, describa aquí el dispositivo:

Por ejemplo: LAMP, Touch Chat, Proloquo2Go, etc.

¿Su hijo/a ha aprendido *sistemáticamente* a ir al baño? SÍ  NO

¿Asiste su hijo/a actualmente a la escuela o a la guardería? SÍ  NO

¿Asiste su hijo/a al Programa para niños de corta edad (YCP) de JMU? SÍ  NO

¿Tiene alguna afiliación con el Rito Escocés de la Francmasonería de Virginia (*Scottish Rite Freemasonry of Virginia*)? SÍ  NO

En caso afirmativo, identifique la relación con su hijo/a \_\_\_\_\_

**RECORDATORIO: LOS NIÑOS/AS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VERANO DEBEN ASISTIR A TODOS LOS DÍAS DE CLÍNICA PROGRAMADOS; JMU NO PROPORCIONA TRANSPORTE.**

Fechas durante el verano: **De lunes a jueves, del 10 de junio al 23 de julio** (no hay clínica los viernes)  
\*No habrá clínica los días 19 de junio, 4 de julio y 5 de julio

Ofreceremos diferentes opciones clínicas (consulte la carta del programa para obtener más información); por favor, marque todos los programas en los que quiera que se considere a su hijo/a:

- \_\_\_\_\_ JMU Young Children's Program JMU (Programa para niños de corta edad)
- \_\_\_\_\_ Speech-Language Clinic (Clínica de habla y lenguaje)
  - \_\_\_\_\_ Sesiones matinales del grupo de habla y lenguaje  
\_\_\_\_\_ 8:30–10:00 a. m. \_\_\_\_\_ 10:30 a. m.–12:00 p. m.
  - \_\_\_\_\_ Sesiones matinales del grupo de alimentación  
\_\_\_\_\_ 8:30–10:00 a. m. \_\_\_\_\_ 10:30 a. m.–12:00 p. m.
  - \_\_\_\_\_ Sesiones individuales por la tarde

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Tenga en cuenta que no es necesario presentar esta solicitud para el programa de Campamento de Verano de Adagio House. Para más información e inscripciones, visite:

<https://adagiohouse.org/community-center/summer-day-camp/>

**Formulario de referencia del SLP (logopeda)**  
**(A cumplimentar por el logopeda remitente)**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del SLP (logopeda): \_\_\_\_\_

Nombre de la Agencia/Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor, considere la naturaleza del trastorno de comunicación y valore el *nivel de dificultad* en las siguientes áreas:

	Ninguna preocupación	Leve	Moderada	Severa
Seguir indicaciones	0	1	2	3
Seguir la rutina de clase	0	1	2	3
Responder a preguntas básicas (quién, qué, dónde, sí/no)	0	1	2	3
Responder a preguntas sobre historias/actividades de clase	0	1	2	3
Mantener el hilo durante una breve conversación	0	1	2	3
Mantener una atención adecuada a la edad	0	1	2	3
Expresar ideas utilizando una gramática adecuada a la edad	0	1	2	3
Formular preguntas sencillas (quién, qué, cuándo, dónde, porqué)	0	1	2	3
Utilizar un vocabulario adecuado a su edad al hablar	0	1	2	3
Utilizar el lenguaje para comunicarse con los demás	0	1	2	3
Participar en juegos apropiados con los demás	0	1	2	3
Pasar de una actividad a otra	0	1	2	3
Hacerse entender por un oyente desconocido	0	1	2	3
Producir todos los fonemas esperados para su edad	0	1	2	3

Por favor, proporcione un resumen del nivel actual de rendimiento del niño/a, incluyendo cualquier información de evaluación:

Indique los objetivos actuales y los progresos realizados:

Se beneficiaría este/a cliente/a de un dispositivo de CAA generador de habla?    SÍ    NO

\*\* En caso afirmativo, describa los ensayos CAA realizados hasta este momento.

¿Existe algún problema de comportamiento que debamos conocer?    SÍ     NO

\*\* En caso afirmativo, describa el comportamiento y las estrategias que utiliza con éxito.

Enumere los intereses del cliente/a:

**\*\* Nota: Por favor, adjunte cualquier documentación de apoyo (informes, cartas resumen, IEP/programa educativo individual actual)**