

Formulario de Inscripción: Educación a distancia de JTC para padres de niños pequeños (0-5 años de edad) con pérdida auditiva
Envíe este formulario a JTC por correo, por fax o llene el formulario en línea www.clinicajohntracy.org

Información del Padre 1		Usted es: <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro:	
Nombre de pila:		Segundo nombre:	Apellido:
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Apellido de Familia:	Correo Electrónico:	
Ocupación:		Servicio Militar de US? <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Guardia Costera <input type="checkbox"/> Infantería Marina <input type="checkbox"/> Marina de Guerra	
Primer Idioma:		Segundo Idioma:	

Información del Padre 2		Parentesco: <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro:	
Nombre de Pila:		Segundo Nombre:	Apellido
Ocupación:		Servicio Militar de US? <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Guardia Costera <input type="checkbox"/> Infantería Marina <input type="checkbox"/> Marina de Guerra	

Dirección Postal		Método preferido de contacto: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo postal	
Dirección:			
Dirección:		Ciudad:	Estado:
Código Postal:		País:	
Número de teléfono de casa:	Numero de teléfono móvil:	Numero de teléfono del trabajo:	
Nombre preferido de contacto: <input type="checkbox"/> Nombre(s) de los Padres <input type="checkbox"/> Nombre y Apellido de los Padres <input type="checkbox"/> Apellido de los Padres			
Otro nombre de su preferencia que no ha(n) incluido aun:			

Información para el Curso de Educación a Distancia (Opciones para recibir las lecciones)		
Reciba lecciones: <input type="checkbox"/> En Línea - acceso inmediato <input type="checkbox"/> Correo regular - <i>puede tardar hasta 3 semanas</i>		Las lecciones en: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés

Información del Niño			
Nombre de pila:		Segundo nombre:	Apellido:
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento: (mm/dd/yyyy)	Fue Prematuro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Sí lo fue, por cuántas semanas?</i>	
Estaba sano su bebé al nacer? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Existe un historial de pérdida auditiva infantil en su familia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Le han hecho recientemente pruebas o evaluaciones auditivas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Sí es así, favor de enviarnos una copia por correo, correo electrónico o por fax.</i>			
Detalle discapacidad médica de desarrollo o necesidades especiales:			
Edad en que se diagnosticó la pérdida:	Año:	Mes:	Causa, si se conoce:
Grado de pérdida:			
Derecho: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> 26-40 dB leve <input type="checkbox"/> 41-55 dB moderada <input type="checkbox"/> 56-70 dB moderada a severa <input type="checkbox"/> 71-90 dB severa <input type="checkbox"/> 91 dB + profunda			
Izquierdo: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> 26-40 dB leve <input type="checkbox"/> 41-55 dB moderada <input type="checkbox"/> 56-70 dB moderada a severa <input type="checkbox"/> 71-90 dB severa <input type="checkbox"/> 91 dB + profunda			
Dispositivos que usa su hijo ahora:		Edad que empezó a utilizarlo consistentemente?: Año: Mes:	
Modelo/tipo de implante coclear:		Lado: <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Ambos lados/bilateral	
Modelo/tipo de audífono:		Lado: <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Ambos lados/bilateral <input type="checkbox"/> BAHA <input type="checkbox"/> Cuerpo <input type="checkbox"/> Conducción ósea <input type="checkbox"/> Otro	
Si no tiene dispositivo auditivo: <input type="checkbox"/> No puedo pagarlo <input type="checkbox"/> No están disponibles <input type="checkbox"/> No los ha obtenido aun <input type="checkbox"/> No se los han recetado <input type="checkbox"/> No queremos <input type="checkbox"/> Otra razón:			
Servicio actual: <input type="checkbox"/> Intervención temprana/Preescolar <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> Terapia física/ocupacional			
Otros servicios que recibe:			

Lista de verificación del Desarrollo (Marque todo lo que corresponda):

- Motriz: Sostiene la cabeza Intenta tomar objetos con las manos Se sienta por si mismo Gatea Camina independientemente
- Desarrollo: Recoje/come alimentos con las manos Utiliza cuchara Ayuda a vestirse a si mismo Juega con juguetes Disfruta juegos simples
- Audición: Percibe sonidos Reacciona a la voz Disfruta juguetes con sonido Imita sonidos Responde a lenguaje hablado
- Comunicación: Entiende gestos Utiliza pocas palabras Responde preguntas simples Mira fotos y libros Utiliza frases cortas
- La familia utiliza: Lenguaje hablado Lenguaje de señas de su país (ASL, BSL, etc) Habla Complementada Comunicación Total Otro:
- Inquietudes actuales sobre su hijo:

Información de otros hijos

Nombre de pila	Segundo Nombre	Apellido	Sexo	Fecha de Nacimiento
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

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:

Información opcional del padre 1

JTC se compromete a respetar su privacidad. Las respuestas a las preguntas más abajo sólo se utilizarán para recoger datos y solicitar fondos.

Estado Civil: Soltero Casado Separado/Divorciado Otro:

Raza: Blanca Negra, Afroamericana

India americana o nativo de Alaska (Escriba el nombre de la tribu en que está inscrito o tribu principal): _____

Hispano (Especifique, por ejemplo: colombiano, cubano, mexicano, puertorriqueño, etc.): _____

India asiática Japonesa China Coreana Filipina Vietnamita

Otra - asiática (Especifique, por ejemplo: camboyana, hmong, laosiana, paquistaní, tailandesa, etc.): _____

Nativa Hawái Samoana Guameña or Chamorro

Otra - Islas del Pacífico (Especifique, por ejemplo: Fiyiana, Tongana, etc.): _____

Alguna otra raza (escriba la raza): _____

Escolaridad: Sin educación formal 1 - 8 años 9 - 11 años Graduado de escuela secundaria

13-15 años (alguna educación superior) 16 años (graduado de colegió o universidad) 16+ años (licenciatura)

Situación laboral: Estudiante Tiempo parcial Tiempo completo Desempleado

Número de adultos en el hogar:

Número de niños menores de 18 años en el hogar:

¿Cuántos idiomas usan en casa?:

Vivienda: Propia Alquiler Compartida Sin domicilio permanente Sin hogar

¿Recibe su familia ayuda financiera del gobierno? Alimentación Vivienda Transportación Otro Ninguna

¿Tiene seguro médico o recibe ayuda financiera médica? Sí, solo para adultos Sí, solo para niños Sí, para toda la familia Ninguna

¿Usted usa la Internet? No Sí

¿Tiene una computadora? No Sí

¿Cómo se enteró de la Clínica John Tracy? Sugerencia de un padre o amigo Búsqueda de Internet Referido por un profesional: