



Mail: BabyTalk  
 Stanford Ear Institute  
 2452 Watson Ct, Suite 1700  
 Palo Alto, CA 94303  
 Email: BabyTalk@ohns.stanford.edu  
 Web: http://babytalk.stanford.edu  
 Phone: 650-780-1820

**Gracias por enviar su solicitud a BabyTalk.**

Por favor enviar la siguiente documentación por correo o correo electrónico.

Marque N/A si la pregunta no es relevante a su caso.

- |  |     |
|--|-----|
| 1. Esta solicitud  | N/A |
| 2. Copia de los resultados de la prueba auditiva de su hijo                              | N/A |
| 3. Copia del Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) (por sus siglas en Inglés) | N/A |
| 4. Copia de cualquier otro reporte reciente  | N/A |

**El Niño/El Niña**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 El niño vive con  la madre  el padre  ambos Padres

**Madre**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Padre**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Cómo te enteraste de BabyTalk? \_\_\_\_\_

¿Quién de los papás participará en la tele terapia? \_\_\_\_\_

¿desea utilizar un intérprete?  No  Si  Idioma \_\_\_\_\_

Deseo que mi hijo se comunique utilizando

- lenguaje hablado únicamente  Lenguaje de señas únicamente  lenguaje de señas y lenguaje hablado  
 otro \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue identificada la pérdida auditiva de su hijo? (Fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por favor describa la audición de su hijo. Circle todo lo que corresponda para cada oído. Si no sabe, dejar en blanco.

Oído	Pérdida Auditiva	Tipo de Pérdida	Aparato	Fabricante de Aparatos	Fecha recibió
Oído Derecho	Leve Moderada Severa Profunda	Conductiva Mixta Sensorialneural	Ninguno Aparato auditivo Implante coclear Baha	_____ _____ _____	____/____/____
Oído Izquierdo	Leve Moderada Severa Profunda	Conductiva Mixta Sensorialneural	Ninguno Aparato auditivo Implante coclear Baha	_____ _____ _____	____/____/____

**Audiology Services** Dónde recibe su hijo servicios para sus audífonos?

instalación \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Who are the professionals working with you and your child (teachers, therapists, etc.)?**

instalación \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Audiología  Escuchar/lenguaje hablado  Terapia de lenguaje  Lenguaje de señas  
 Terapia física/ocupacional  Señas + terapia de lenguaje  Alimentación  Especialista infantil  
Minutos semanales \_\_\_\_\_  ¿En casa?  ¿ En la institución?

instalación \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Audiología  Escuchar/lenguaje hablado  Terapia de lenguaje  Lenguaje de señas  
 Terapia física/ocupacional  Señas + terapia de lenguaje  Alimentación  Especialista infantil  
Minutos semanales \_\_\_\_\_  ¿En casa?  ¿ En la institución?

instalación \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Audiología  Escuchar/lenguaje hablado  Terapia de lenguaje  Lenguaje de señas  
 Terapia física/ocupacional  Señas + terapia de lenguaje  Alimentación  Especialista infantil  
Minutos semanales \_\_\_\_\_  ¿En casa?  ¿ En la institución?

instalación \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Audiología  Escuchar/lenguaje hablado  Terapia de lenguaje  Lenguaje de señas  
 Terapia física/ocupacional  Señas + terapia de lenguaje  Alimentación  Especialista infantil  
Minutos semanales \_\_\_\_\_  ¿En casa?  ¿ En la institución?

instalación \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Audiología  Escuchar/lenguaje hablado  Terapia de lenguaje  Lenguaje de señas  
 Terapia física/ocupacional  Señas + terapia de lenguaje  Alimentación  Especialista infantil  
Minutos semanales \_\_\_\_\_  ¿En casa?  ¿ En la institución?

instalación \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Audiología  Escuchar/lenguaje hablado  Terapia de lenguaje  Lenguaje de señas  
 Terapia física/ocupacional  Señas + terapia de lenguaje  Alimentación  Especialista infantil  
Minutos semanales \_\_\_\_\_  ¿En casa?  ¿ En la institución?