

ENCUESTA DE PRE-KINDER DE HABLA Y OIDO

Nombre de estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de padre/madre: _____ Fecha: _____

Número telefónico: _____

La siguiente información será muy válida en planear un programa educacional para su estudiante. Favor de llenar la siguiente lista. Si desea hacer comentarios adicionales lo puede hacer en la parte inferior del formulario.

OIDO

SI **NO**

 Se cree que la capacidad de oír del estudiante es normal. Si no, favor de explicar:

 El estudiante tiene antecedentes de infecciones de oído.

HABLA Y LENGUAGE

SI **NO**

 El estudiante tiene dificultad diciendo varios sonidos. Favor de listar los sonidos difíciles para el estudiante:

 El estudiante tiene dificultad hablando en oraciones.

 El estudiante habla muy poco

 El estudiante tiene un problema de voz: tono, volumen, calidad (ronquera, aspereza, nasalidad)

 El estudiante tiene episodios excesivos de tartamudear

 En su opinión, para su edad, es adecuado el desarrollo de habla y lenguaje de su estudiante?

 El estudiante necesita ayuda del especialista de habla-lengua

Favor de listar comentarios adicionales en cuanto el habla y oído de su estudiante aquí: