

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

La Universidad de Houston presenta:

Grupos de Comunicación Cougar

Un programa de terapias del habla y lenguaje de verano en la
Clínica del Habla, Lenguaje y Audición de la Universidad:
Una Agencia de United Way.

Cougars alrededor del mundo para la comunicación Verano 2018



Junio 11 – Julio 20

Los grupos se reunirán dos veces por semana durante dos horas y media por sesión.

El grupo de niños de 18 meses a 4 años de edad y se reunirá
Lunes/Miércoles o Martes/Jueves de
9:30 AM - 12:00 PM.

Y

Los niños de 5 a 10 años de edad se reunirán
Lunes/Miércoles o Martes/Jueves de
1:00 PM - 3:30 PM

¡Hay cupo limitado!

Llame al 713-743-0915 para más informes o para inscripciones.

Paquetes de inscripciones no serán aceptados una vez que el cupo este lleno. Entregue el paquete de inscripción de su hijo junto con su deposito para reservar su espacio en el GCC.

La fecha límite para inscribirse es el 11 de Mayo del 2018.

No se aceptaran inscripciones después de esta fecha

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN



Grupos de Comunicación Cougar Programa: ¡Alrededor del Mundo 2018! Junio 11-Julio 20

Gracias por su interés en los Grupos de Comunicación Cougar para el verano del 2018. Este programa lo proporciona la Clínica del Habla, Lenguaje, y Audición de la Universidad de Houston.

Nuestro programa innovador provee terapias intensivas y económicas en grupo para niños de 18 meses a 10 años de edad. Los niños trabajaran con otros niños que tienen dificultades y necesidades similares para mantener y continuar su progreso en el habla y lenguaje. Lograran sus metas mediante actividades divertidas tales como narración de cuentos, trabajos de arte, ciencias y juegos. Los grupos disponibles tienen enfoque en: Articulación, Producciones del Habla, Lenguaje, Sociable, Pragmática, Fluidez, y trastornos de la Voz.

Los estudiantes de maestría en trastornos de la comunicación y lenguaje, bajo la supervisión de patólogas del habla y lenguaje experimentados y certificados, dirigirán los grupos. Los grupos se reunirán el Lunes/Miércoles o Martes/Jueves del 11 de Junio al 20 de Julio. Habrá conferencias con los padres el último día de terapias.

El programa de verano **¡Alrededor del Mundo para la comunicación!** tiene una cuota de \$950 en conjunto con un depósito y una cuota para cubrir el costo de materiales. Es necesario entregar los formularios de inscripción, un depósito y el costo de los materiales para reservar un lugar en el programa del grupo de verano. Para que su inscripción tenga prioridad, favor de entregar los formularios de inscripción en la recepción localizada dentro de la clínica a más tardar para el **12 de Abril**.

Para aquellos que califican, el costo del programa puede ser basado en los ingresos del hogar. Si está interesado, pida una solicitud de reducción de cuota en la recepción.

¡Esperamos se una a nosotros! Estamos muy entusiasmados con nuestro programa de terapias del habla y lenguaje de verano **¡Alrededor del Mundo!** Llame al 713-743-0915 o envíe un correo electrónico a Dr. Pettis (bdpettis@central.UH.EDU) si tiene alguna pregunta.

Atentamente,

Grupos de Comunicación Cougar
Clínica del Habla, Lenguaje y Audición de la Universidad (USLHC por sus siglas en inglés)

Grupos de Comunicación Cougar Paquete de Inscripción Para el Programa Verano 2018

Estamos muy entusiasmados por su interés en nuestros Grupos de Comunicación Cougar para el verano 2018. Nuestra meta es proveer terapias del habla y lenguaje intensivas y de buena calidad.

El director de la clínica y el coordinador de inscripciones decidirán quién es aceptado al programa. Los grupos están diseñados para niños de 18 meses a 10 años de edad que pueden tener éxito en un ambiente en grupo con mínimo apoyo conductual. **Colocación en un grupo solo ocurrirá cuando haya un grupo disponible que coincida con las habilidades y necesidades de su hijo.** En caso que no haya un grupo apropiado para su hijo en el programa de verano, se le ofrecerán terapias individuales.

PROCEDIMIENTOS DE ADMISIÓN:

Por favor, marque la circunstancia que sea más parecida su situación:

- Soy cliente actual de USLHC (Clínica del Habla, Lenguaje y Audición de la Universidad)
 - Llene el formulario de inscripción; y entregue el depósito y la cuota para los materiales.
- Mi hijo fue evaluado en USLHC en los últimos 12 meses:
 - Llene el formulario de inscripción, entregue el informe ARD o informe de evaluación previa (la evaluación debe ser entre un periodo de tres años por parte de el distrito escolar o un año por parte de una clínica u hospital), el depósito, y la cuota para los materiales.
- Evaluación realizada fuera de USLHC:
 - Llene el formulario de inscripción, entregue el depósito y la cuota para los materiales.
 - Entregue el informe ARD más reciente o informe de evaluación de habla/lenguaje previa a USLHC antes de ser aceptado en CCG.
 - Llene el formulario de historial clínico de USLHC.
- Soy cliente nuevo y NO tengo un informe de evaluación reciente disponible:
 - Haga cita para una evaluación en USLHC inmediatamente. Una evaluación del habla y lenguaje es requerida para participar en el campamento de verano. La evaluación debe ser entre un periodo de tres años por parte de el distrito escolar o un año por parte de una clínica u hospital. Favor de llamar a la clínica para pedir un formulario de historial clínico y hacer cita para una evaluación al 713-743-0915.





PREGUNTAS FRECUENTES

Programa de Verano 2018

¿A qué hora están disponibles los grupos?

Para niños de 18 meses a 4 años de edad,
Lunes/Miércoles o Martes/Jueves de 9:30 AM - 12:00 PM,
Y
Para niños de 5 a 10 años de edad,
Lunes/Miércoles o Martes/Jueves de 1:00 PM - 3:30 PM.

El grupo que escoja puede que solo estar disponible a cierta hora dependiendo de la disponibilidad, cupo del grupo, y disponibilidad del estudiante de trastornos de la comunicación.

Tratamos de seguir las guías de acuerdo a la edad; sin embargo somos flexibles. Nos queremos asegurar que los niños entren a un grupo apropiado.

¿Cuánto dura el programa de verano 2018?

Las fechas para el programa de verano 2018 son de Junio 11 al 20 de Julio.

¿Dónde va a ser el programa?

La dirección de la clínica es 4455 Cullen Blvd, Houston, TX 77004-6018. Está localizada en el plantel principal de la Universidad de Houston, Entrada #8.

Dirección para envíos:
4455 Cullen Blvd., Cuarto #100
Houston, TX 77204-6018

¿Con quién me contacto para inscripciones?

Llame a la doctora Brittney Goodman Pettis al 713-743-0915.

¿Con quién me contacto para información de pagos?

Por favor póngase en contacto con la oficina principal en 713-743-0915 o 713-743-1620.

¿Cuánto cuesta el programa y cuando pago?

La cuota por el programa de verano es de \$950, más un depósito y cuota de materiales no-retornable para el campamento de verano **¡Alrededor del Mundo para la comunicación!** Como es habitual, la clínica cobra de acuerdo a los ingresos del hogar. Las familias pueden solicitar y calificar para pagar una fracción de la cuota o la cuota completa. Se requiere un depósito para apartar un lugar en el grupo de verano.

¿Quién dirige los grupos?

Una patóloga del habla y lenguaje será asignada para supervisar el grupo de su hijo. Uno o dos estudiantes de la facultad serán asignados para dirigir el grupo de su hijo. Los estudiantes pertenecen a la facultad de trastornos de la comunicación y lenguaje de la

Universidad de Houston. Todos los estudiantes son dirigidos por patólogas del habla y lenguaje certificados y con experiencia.

¿En que trabajará el grupo?

Cada grupo tendrá un enfoque global este verano. El enfoque puede ser Lenguaje, Articulación, Destrezas de Voz, Fluidez (Tartamudeo), Habilidades Sociales y otras necesidades para la comunicación. Los clientes serán agrupados con otros niños que tienen necesidades de comunicación similares. Mientras estén en el grupo, los niños participaran en actividades tales como narración, arte, ciencias, hora de trabajar, y otras actividades diseñadas para incrementar sus habilidades comunicativas.

¿Cómo se cuál es el grupo apropiado para mi hijo?

Un niño se podría beneficiar si ha participado en terapias de habla y lenguaje antes, si tiene la habilidad de aprender e interactuar con otros niños, si necesita transferir nuevas habilidades a la escuela y/o a casa. Si el niño tiene algunas dificultades de conducta, se resiste a participar en grupo, necesita apoyo individual para tener éxito, o está desarrollando una habilidad que compañeros de su edad ya adquirieron años atrás, es probable que progrese más si recibe terapias individuales.

¿Cuál es la póliza de asistencia?

Se requiere asistencia constante. Aconsejamos a los padres de familia que tomen en cuenta sus planes de verano antes de seleccionar un grupo y días (L/M O M/J) para que el niño se beneficie lo más posible. Un niño se beneficia al máximo cuando tiene asistencia consistente. El beneficio que el niño pueda obtener depende de la asistencia regular. No habrá reembolsos por días que falte el niño.

¿Recibiré un reporte que me muestre el progreso de mi hijo?

¡Sí! El estudiante asignado a su hijo preparará reportes que se le otorgaran en la última conferencia al concluir el programa de verano.



UNIVERSITY of HOUSTON

Requisitos para proporcionar a la clínica del Habla, Lenguaje y Audición de la Universidad

Nombre del cliente: _____

- **Formulario: información de contacto del cliente**
- **Formulario disponibilidad para citas**
- **Informe ARD (si aplica)**
- **Informes de evaluación del habla/lenguaje** (la evaluación debe ser entre un periodo de tres años por parte de el distrito escolar o un año por parte de una clínica u hospital)
- **Formulario historial clínico (clientes por primera vez)**
- **Formulario de observación**
- **Formulario de información en caso de emergencias**
- **Acuerdo para proveer servicios**
- **Formulario Todo sobre mi**
- **Depósito**
 - Depósito no requerido (Marzo 30- Abril 12)
 - Depósito de registro regular, no retornable \$10 (Abril 13- Abril 26)
 - Depósito de registro tarde, no retornable \$20 (Abril 27- Mayo 11)
- **Cuota de Materiales no-retornable**
 - \$25
- **Cuota de Registro**
 - \$950
 - Reducción parcial o total aplica a los clientes que califican dependiendo de la escala variable de ingresos

Por favor, complete los formularios y entréguelos a:
La clínica del habla, lenguaje y audición de la Universidad CCG
4455 Cullen Blvd., cuarto #100
Houston, TX 77204-6018
Office: 713-743-0915
Fax: 713-743-2926

UNIVERSITY of HOUSTON

University Speech, Language, & Hearing Clinic
A United Way Agency



Client Contact Information/ Información de Contacto del Cliente

(client name)/(nombre del cliente)

(guardian name/relationship)/(nombre del tutor/relación con el cliente)

(guardian name/relationship)/(nombre del tutor/relación con el cliente)

(street address)/(dirección)

(city, state, zip)/(ciudad, estado, código postal)

(home phone)/(teléfono de casa)

(work phone)/(teléfono de trabajo)

(cell phone)/(teléfono móvil)

(email)/(correo electrónico)

Date/Fecha

Date/Fecha

Programa de Verano 2018 Formulario de Programación

SELECCIÓN DEL GRUPO:

Los niños que participen en el programa de verano serán agrupados con otros niños que trabajaran en metas similares (de 2-6 niños). Los grupos de verano tendrán como objetivo las metas más importantes de cada cliente. Estas metas se escogerán tomando en cuenta opiniones de los padres, estudiantes actuales de la facultad, estudiantes de la facultad previos, y resultados de evaluaciones.

Por favor, liste los idiomas que habla su hijo(a):

Por favor encierre las metas del habla o lenguaje para su hijo. Si tiene mas de una, por favor, enumérelas de acuerdo a la importancia, el número 1 será para la meta con mayor importancia y el número 3 para la meta de menor importancia.

— Lenguaje Receptivo	— Lenguaje Expresivo	— Lenguaje Pragmático	— Comunicación con AAC	— Articulación	— Fluidez
--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	--------------------------	---------------------

Por favor escriba preocupaciones en referencia al habla y lenguaje:

Diagnostico medico/disabilidad que presenta el estudiante:

Programación:

Los horarios y días dependen de la registración y disponibilidad del grupo. Sin embargo, nosotros trataremos de ser flexibles a su horario lo mas posible. Por favor escoja los días y horas a continuación:

Escoja los días que prefiere:

Lunes/Miércoles

Martes/Jueves

Escoja la hora apropiada de acuerdo a la edad:

9:30 am – 12:00 pm (18 meses - 4 años) 1:00 – 3:30 pm (5 - 10 años)

Que días o semanas estará ausente debido a vacaciones u otros eventos?

Especifique: _____

Uso de imágenes: USLHC CCG puede usar cualquier foto, diapositiva, o cita con fines de publicidad/mercadeo. Escriba sus iniciales: _____

UNIVERSITY of HOUSTON

University Speech, Language, & Hearing Clinic
A United Way Agency



Comunicado de Observación

Como usted sabe, la Clínica del Habla, Lenguaje y Audición de la Universidad, una dependencia de United Way, (The University Speech, Language and Hearing Clinic: *A United Way Facility*) es un centro de prácticas de la facultad de trastornos de la comunicación y lenguaje.

Con fines educativos, los estudiantes de la facultad pueden observar tratamiento o evaluaciones. El propósito de las observaciones es mejorar la educación de los estudiantes. La agencia de acreditación pide como requisito estas observaciones.

También, debido a la forma en que nuestra sala de observación está organizada, puede haber otras familias observando al mismo tiempo que usted. Tiene que saber que aunque otras personas estén presentes en la sala de observación, solo usted y el supervisor pueden observar a su familiar.

El propósito de este formulario es afirmar que usted entiende que no siempre es posible evaluar y proveer tratamiento de forma totalmente privada. Hacemos nuestro mejor esfuerzo dadas las limitaciones físicas.

He leído y entiendo que:

1. evaluación/tratamiento puede ser observado por un estudiante de la facultad de trastornos de la comunicación y lenguaje
2. puede haber otros individuos presentes en la sala de observación mientras yo observo una sesión.

Firma

Fecha

UNIVERSITY of HOUSTON

University Speech, Language, & Hearing Clinic
A United Way Agency



Formulario de Información en Caso de Emergencias

El personal de la Clínica del Habla, Lenguaje y Audición de la Universidad (University Speech, Language and Hearing Clinic) le pide la siguiente información. Esta misma será archivada en la clínica. En caso de una emergencia médica durante su estancia en la clínica, esta información será proporcionada al equipo de emergencia médica.

Los procedimientos utilizados por la universidad para responder en caso de emergencias médicas son los siguientes. El departamento de policía de la Universidad de Houston (UHPD) será llamado, y, a su vez, ellos mandaran al equipo de emergencia médica a la clínica. Para contactar a UHPD, marque al 911.

Fecha en que se entrego el Formulario: _____

Nombre: _____

Nombre de su médico: _____

Dirección: _____

Número de teléfono de su médico #: _____

Problemas de salud actuales: _____

Número de teléfono de casa: _____

Número de teléfono del trabajo : _____

Número de celular: _____

Alergias: _____

Medicinas que toma actualmente:

<u>Medicamento</u>	<u>Cantidad</u>
--------------------	-----------------

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

En caso de emergencia, favor de contactar a:

(Nombre)

(Relación al cliente)

(Número de teléfono)

Información adicional que me gustaría compartir con el personal de la clínica en relación a mis problemas de salud:

UNIVERSITY of HOUSTON

University Speech, Language, & Hearing Clinic
A United Way Agency



Acuerdo Para Proveer Servicios

A QUIEN CORRESPONDA:

Entiendo que la Clínica del Habla, Lenguaje y Audición de la Universidad (University Speech, Language, and Hearing Clinic) ofrece tratamiento por medio de estudiantes quienes son supervisados por personal de la universidad. Dichos estudiantes deben acumular un mínimo de horas de experiencia clínica como requisito para recibirse con maestría en trastornos de la comunicación y lenguaje. Por lo tanto, ellos dependen de su llegada a tiempo y asistencia regular. Si el cliente falta más de 2 veces sin motivo alguno, se suspenderán las sesiones de terapia. Si el cliente o sus padres desean reinscribirse nuevamente, el nombre del cliente entrara en una lista para que lo tomen en cuenta para el próximo semestre.

Gracias por su cooperación.

Firma

Fecha

Fee Summary

Depósito no retornable

- Depósito no requerido (Marzo 30- Abril 12)
- Depósito de registro regular, no retornable \$10 (Abril 13- Abril 26)
- Depósito de registro tarde, no retornable \$20 (Abril 27- Mayo 11)

Cuota de Materiales no-retornable

- Cuota de materiales \$25

Cuota de Registro

- \$950 (costo completo)

**Reducción parcial o total aplica a los clientes que califican dependiendo de la escala variable de ingresos (aplicaciones disponibles conforme las pidan) **

Total:

- **Cuota de depósito (si aplica)**
- **Cuota de materiales = \$25**
- **Cuota de Registro = \$950 (el precio varía de acuerdo a la cuota de depósito y si califican para deducción de acuerdo a la escala variable)**

***Para poder reservar un espacio en CCG la cuota de depósito y de materiales son requeridas ***

¿Quiere mandar el pago por correo?

Por favor envíe su cheque o money order a:

University Speech, Language & Hearing Clinic
4455 Cullen Blvd. Room 102
Houston, TX 77204-6018

Los cheques y money orders deben ser a nombre de la **University of Houston.**

Para hacer un pago por tarjeta de crédito Visa o MasterCard, por favor, llame a Michele Ozgen al 713-743-0915.



Todo Sobre Mí

Por favor llene este formulario con su hijo.

Nombre: _____

Yo voy a la escuela _____.

Mi materia favorita es _____.

Mis peores materias son _____.

Aprendo mejor cuando _____.

El nombre de mi maestro(a) del habla es _____.

Lo(a) veo ___ veces por semana para trabajar en _____.

Mis bocadillos favoritos son _____.

Soy alérgico(a) a _____.

Cuando estoy contento
yo _____.

Cuando estoy de malas
yo _____.

En casa, yo juego
_____.

Tengo (pocos/muchos) amigos. Nos gusta jugar
_____.

Mis pasatiempos son _____.

Las mascotas que tengo son _____.