



Manos y voces de Washington - Programa de Guía a su lado

Nuestros/as guías entrenados/as ofrecen apoyo imparcial y emocional y recursos a las familias que tienen niños con pérdida auditiva.



Por favor, envíe por correo o por fax a:

Dirección: **1037 NE 65th Street Box 329, Seattle, WA 98115** FAX: **(360) 715-9970**

Attn: Guide By Your Side Program

Correo electrónico: GBYS@wahandsandvoices.org

Teléfono: (425) 268-7087

- Yo quiero ser emparejado/a con una guía para padres (Parent Guide)
- Yo quiero más información sobre el programa Guía a su lado y recursos

Por favor, póngase en contact conmigo:

- hoy
- en 2 semanas
- en 1 mes

Nombre/s de padre/s) _____

Nombre de niño _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección completa _____

Tel. celular _____ Tel. en casa _____ Correo electrónico _____

Hora preferida para contactarme _____

Yo autorizo al/a la/s/lo/s: agencias estatales de Washington/del condado de la Intervención temprana, personal del programa Niños con necesidades especiales de la salud, coordinador/a de recursos familiares, audiólogo, logopeda, maestro/a para personas sordas, personal para el lenguaje escuchado y hablado, agencia principal de servicios de la Intervención temprana, personal especialmente educado del programa D/HH o mi medico de atención primaria, a entregar mi nombre, dirección, número de teléfono y correo electrónico al programa Washington Hands & Voices Guide By Your Side, para que yo pueda recibir información en cuanto al programa de Guía a su lado, incluso información de recursos y apoyo de padres que se ofrece a las familias de niños que tienen diagnóstico de pérdida auditiva o que sospechan pérdida auditiva.

Firme _____

Parentesco con el niño _____

Fecha _____ Consentimiento verbal _____

Provider notes _____

Left ear _____ Right ear _____ Addt. info _____

Referred by _____

Name

Phone

Fax

Confirmation of referral requested?

___ Yes ___ No