



2700 KEARNS BOULEVARD
PARK CITY, UT 84060

OFFICE: (435) 645-5600
FAX: (435) 645-5609

ANUNCIO DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE AUDIOMETRÍA

Estimados padres/apoderado:

Recientemente su hijo (a) participó en una prueba de audiometría que se realizó para todos los alumnos del establecimiento y que fue conducido el _____ .
_____ no aprobó una o más de las frecuencias medidas (500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz, 4000 Hz) a 20dBHL . En cuanto sea conveniente para ustedes, es recomendable que lleven a _____ para que le hagan una evaluación audiológica completa. Dicha evaluación la pueden hacer sin costo alguno con el audiólogo de nuestro distrito. Por favor llame a Devin Christensen, MA, MEd, CCC/A al (801)464-2086 para fijar una cita. Si desean realizar el exámen en otro lugar, por favor proporcionen una copia de los resultados de la audiometría a la escuela de su hijo (a).

La evaluación audiológica podría determinar que hay presencia de una deficiencia auditiva y que su hijo (a) se beneficiaría del apoyo de audífonos. Si no tienen cobertura médica o necesitan asistencia para determinar la legibilidad de Medicaid o el Programa de Salud para los Niños (CHIP), por favor contacten a Fanny Vernal en la Clinica Médica de la Gente (People's Health Clinic) al (435) 333-1857.

Si tienen preguntas o inquietudes por favor llamen al _____ o envíen un correo electrónico a _____.

Les saluda atentamente,

Fonoaudiólogo

PCSD Audiological Evaluation to Parents
Translated from English to Spanish by V. Albornoz 9/2014