



Por favor enviar los formularios completos a:  
**The University of Georgia**  
**Language and Literacy Education Department**  
**Reading Clinic**  
**309 Aderhold Hall**  
**Athens, GA 30602-7125**

---

## **Informe del Padre**

Queremos saber lo que **usted** piensa sobre cuáles son las fortalezas y las necesidades de su niño de modo que podamos utilizar dicha información para comenzar a darle ayuda en forma individual. Por favor responda las siguientes preguntas. Tan pronto como recibamos el informe del padre y la referencia del maestro, su niño/a será colocado en nuestra lista.

Fecha de Hoy:

Nombre del Niño/a:

Domicilio del Niño/a:

Fecha de Nacimiento:

Sexo: M o F

Grado Actual:

Nombres de los Padres:

¿Cuál de los padres debe ser contactado durante el día para programar una cita o para preguntas?

Teléfono:                      Día

Noche

Celular/Móvil:

Correo Electrónico:

Nombre de la Escuela del Niño/a, Dirección y Número de Teléfono:

Nombre del Maestro:

¿Por qué quiere usted que su niño/a asista a la Clínica de Lectura de la UGA (UGA Reading Clinic)?

¿Fue referido su niño por el maestro de la escuela a la que él/ella asiste actualmente?

¿Qué aspectos acerca de leer (y escribir) son difíciles para su niño/a?

¿Qué fortalezas tiene su niño leyendo y escribiendo?

¿Qué asignaturas disfruta su niño/a en la escuela y en cuáles obtiene las mejores calificaciones?

Por favor díganos si su niño/a está recibiendo servicios especiales para leer o cualquier otra cosa que usted quiera que sepamos:

¿Cuáles son algunos de los intereses y pasatiempos de su niño/a?

¿Qué clase de material (revistas, tiras cómicas, libros, computadora, caja de cereal, etc.) lee su niño en casa?

¿Qué clases de libros le gustan a su niño/a?

¿Lee usted con su niño/a en casa?

¿Utiliza su niño/a una computadora en la casa? ¿En caso afirmativo, qué le gusta hacer a su niño/a en la computadora?

## **Formulario de Autorización**

Yo autorizo la liberación de la información contenida en el INFORME del MAESTRO (Teacher's Report) de mi hijo \_\_\_\_\_ a la Clinica de Lectura de la UGA (UGA Reading Clinic), 309 Aderhold Hall, University of Georgia, Athens, GA 30602. Entiendo que dicha información se tendrá en la más estricta confidencialidad y no le será entregada a más nadie sin mi permiso.

Padre o Representante

Fecha

---

### **Padres!**

**Atención: usted debe llenar esta información y dársela al maestro de su niño/a. La Clinica de Lectura (Reading Clinic) no se hará responsable de darle esta información al maestro de su niño/a. Ambos reportes, el del Padre y el del Maestro, deben ser entregados a la Clinica de Lectura (Reading Clinic) para que el nombre de su niño/a sea colocado en nuestra lista para su consideración.**

Usted puede darle al maestro de su niño/a un sobre con estampilla y dirección, o ellos lo pueden enviar a:

The University of Georgia  
Department of Language and Literacy Education  
Reading Clinic  
309 Aderhold Hall  
Athens, GA 30602-7125