University of Wyoming
Literacy Research Center and Clinic
Formulario de Inscripción

El Centro de Investigación y Clínica de Alfabetización de la Universidad de Wyoming ofrece prueba diagnóstica y clases particulares intensivas, individualizadas y en pequeños grupos a alumnos en edad escolar (K-12) que tienen dificultades para aprender a leer y escribir. Se seleccionan los alumnos en el orden de llegada. Los alumnos seleccionados para participar en el programa tienen un perfil de aprendizaje muy diverso: algunos tienen solamente alguna dificultad, mientras otros sufren serias dificultades con la lectura y la escritura.

Algunos son diagnosticados como poseyendo necesidades específicas de educación especial mientras otros no son elegibles para servicios especiales de apoyo a lectura y escritura. En todas las clases, las secciones de apoyo pedagógico ofrecen un enfoque integral al aprendizaje de la alfabetización direccionado a los intereses y habilidades en desarrollo de cada alumno. Al responder a las preguntas que siguen, por favor comparta tanta información como le sea posible para ayudarnos a servir a su hijo.

Los tutores son maestros(as) licenciados(as) que están involucrados en estudios avanzados de alfabetización o trabajando en escuelas locales. En cualquier caso, todos los tutores trabajan bajo la directa supervisión de profesores universitarios y estudiantes de doctorado con experiencia de la Universidad de Wyoming y/o facilitadores de instrucción en las escuelas.

Fecha: _____

Nombre del alumno/la alumna:

Edad: _____ Colegio/Escuela: _____

Grado escolar finalizado: _____

Nombre de la madre/del padre/tutor(a)

Dirección: _____

Teléfono: -Diurno: _____ -Nocturno: _____

Correo electrónico: _____

¿Por qué le gustaría que su hijo(a) asistiera al Centro de Investigación y Clínica de Alfabetización de la Universidad de Wyoming?

¿Cuándo su hijo(a) empezó a sentir dificultades con la lectura y la escritura?

¿Ha su hijo(a) previamente tenido alguna evaluación educacional?

___ Sí ___ No

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ ?

Por quién? _____

¿Está su hijo(a) actualmente recibiendo ayuda adicional con alfabetización en o fuera de la escuela/colegio

___ Sí ___ No

En caso afirmativo, por favor describa:

¿Ha su hijo(a) repetido alguna vez un grado en la escuela? ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, ¿cuál(es) grado(s)? _____

¿Como ha sido el desempeño de su hijo(a) en la escuela/colegio este año?

(Si posible, por favor adjunte copias del boletín de notas del corriente año escolar.)

¿Cuál es la primera lengua de su hijo(a)?

¿Habla su hijo(a) otra(s) leangua(s)?

En caso afirmativo, ¿cuál(es)?

¿Cuál es la lengua más hablada en su hogar?

¿Qué cosas le interesan/le gustan a su hijo(a)?

¿Qué cosas hace bien su hijo(a)?

¿Cómo Ud. describiría el interés de su hijo(a) por la lectura y la escritura?

¿Con qué frecuencia su hijo(a) lee en casa?

¿Sobre qué temas le gusta a su hijo(a) leer?

¿Podría Ud. nombrar el título de un libro que su hijo(a) ha leído en casa solo o con la ayuda de un miembro de la familia durante las últimas dos semanas?

¿Su hijo(a) generalmente lee solo o con la ayuda de otro miembro de la familia?

¿Con qué frecuencia su hijo(a) escribe en casa?

¿Su hijo(a) usualmente escribe solo o con otro miembro de la familia?

¿Sobre qué tema le gusta a su hijo(a) escribir?

¿Hay alguna otra información que le gustaría compartir con nosotros? En caso afirmativo, por favor comente. Si necesario, agregue páginas adicionales.

Si su hijo(a) está matriculado en el Centro de Investigación y Clínica de Alfabetización, talvez quisiéramos ponernos en contacto con el maestro/la maestra de su hijo para obtener información adicional a respecto de las necesidades de su hijo(a) relacionadas a lectura y escritura.

Nombre del maestro/de la maestra de su hijo(a)?

Número de teléfono de la escuela: _____

Consentimiento

___ Si mi hijo(a) está matriculado en el Centro de Investigación y Clínica de Alfabetización, autorizo a los profesores de la Clínica ponerse en contacto con el maestro/la maestra de mi hijo(a) para discutir su desempeño y desarrollo en lectura y escritura. Autorizo a la Clínica a solicitar del maestro/la maestra cualquier documento escrito relacionado al desempeño de mi hijo(a) en lectura y escritura durante el corriente año escolar o de años anteriores, y usar la información para finalidades pedagógicas. Toda la información será mantenida estrictamente confidencial y en archivos seguros dentro de la Clínica. Al terminar el periodo de tutoría con mi hijo(a), entiendo que una copia del informe sobre el desempeño de mi hijo(a) durante la Clínica podrá ser compartida con el maestro/la maestra de mi hijo(a)/

Firma Madre/Padre/Tutor

Fecha

Por favor envíe el formulario completo juntamente con una copia del boletín de notas más corriente para:

Dana A. Robertson
Literacy Research Center and Clinic
University of Wyoming
College of Education
1000 E. University Ave
Laramie, WY 82071

Para informaciones más detalladas visite nuestra página web:
<http://www.uwyo.edu/education/lrcc>

O llame por teléfono, o envíe un mensaje por email:

Dr. Dana A. Robertson
307-766-2367
drober36@uwyo.edu