# Anexo D:
## 900 Horas de experiencia profesional

*(750 Horas de Educación/Intervención Auditivo-Verbal Directa y 150 Horas de Actividades Relacionadas)*

| Horas de Terapia Auditivo-Verbal directa con padres/niño-a (750 horas) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Iniciales del niño-a (1 niño-a en cada línea) | Descripción del estatus auditivo del niño/a (unilateral vs bilateral, tipo, grado) (solo necesita incluir al niño/a una vez en el listado) | Fechas Inclusivas | **A** Duración de la sesión (horas) | **B** Número de sesiones | Horas totales **A x B** | Firma de verificación del supervisor/a |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| **Suma total de horas tiene que ser al menos 750** | | | | | | |

Se pueden incluir hasta un máximo de 75h del prácticum de grado si han sido supervisadas por un profesional LSLS certificado y han tenido lugar en los últimos 5 años contados desde la fecha de solicitud.

Duplique este formulario si es necesario. Usted TIENE QUE sumar sus horas.

## Anexo D (2ª página)

| Horas de Actividades Relacionadas (150 Horas) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Iniciales del Niño(a) (1 niño(a) por guión) | Descripción del Estado de audición del Niño(a) (unilateral o bilateral, que tipo, que tan severo) (Solo necesita listar una vez por cada niño(a)) | Fechas Inclusivas | **A** Duración de la sesión (horas) | **B** Número de sesiones | Horas totales **A x B** | Firma de verificación del Supervisor(a) |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| **Total de Horas no tiene que ser superior a 150** | | | | | | |

Actividades relacionadas incluyen evaluaciones de comunicación, conferencias con padres, servicios internos de profesionales relacionados, visitas al hogar por la escuela, y asistencia con evaluaciones audiológicas. No se pueden incluir más de 150 horas de sus horas requeridas en esta área.

Duplique este formulario tantas veces como sea necesario. Usted tiene que sumar sus horas.