

**UW - EAU CLAIRE LA CLÍNICA DEL HABLA Y LENGUAJE (SLC)  
FORMULARIO DE CONTINUACIÓN**

FECHA:

NOMBRE DEL CLIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

PRONOMBRES:

**Áreas del habla/lenguaje deficientes:**

Sonidos/fonología  
Habilidades sociales  
Voz

Entendimiento del lenguaje  
Leer/escribir  
Comunicación alternativa (AAC)

Uso del lenguaje  
Fluencia  
Otro:

**PLANIFICACIÓN:**

**\*\*POR FAVOR PONGA UNA "X" EN LOS ESPACIOS EN LAS CUALES USTED NO ESTÉ DISPONIBLE\*\***

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves
9:00				
9:30				
10:00				
10:30				
11:00				
11:30				
12:00				
12:30				
1:00				
1:30				
2:00				
2:30				
3:00				
3:30				
4:00				
4:30				
5:00				
5:30				
6:00				

*Por favor complete este formulario y mándelo por un correo electrónico a Lindsay Pohlen ([pohlenl@uwec.edu](mailto:pohlenl@uwec.edu)) o entréguelo al Centro de trastornos de comunicación (Center for Communication Disorders)*