

Asunto: Prueba Preliminar de Audición del Distrito Escolar de Davis

Fecha: _____

Estimado Padre/s:

Su hijo/a participó recientemente en la prueba preliminar de audición obligatoria del Estado de Utah dirigida en la _____. Su hijo/a no fue capaz de completar con éxito la prueba preliminar.
(escuela)

Se recomienda que usted lleve a _____ para recibir una evaluación auditiva completa tan pronto como le sea posible. Usted puede decidir que su hijo/a tenga una evaluación completa sin costo con el audiólogo del distrito escolar. **Por favor llame al DSD Related Services/Audiology Office (Oficina de Audiología y Servicios Relacionados del Distrito Escolar de Davis) al 801-402-5955 para fijar esa cita.** La oficina está ubicada en 105 South 200 East en Farmington. **Si usted decide que su hijo/a reciba la prueba en cualquier otro lugar, por favor entregue una copia de los resultados de la prueba de audición en su escuela.**

Si usted tiene alguna pregunta o preocupación, por favor llámeme al _____.
(# de teléfono escolar)

Atentamente,

Josh Roylance, AuD (Dr. en Audiología),
CCC-A (Certificado de Competencia Clínica en Audiología)
jroylance@dsdmail.net

Oficina de Servicios Relacionados/Audiología
Josh Roylance-Audiólogo
105 South 200 East Farmington, Utah 84025
801-402-5955