

**P. O. Box 698**

**Talladega, AL. 35161**

# SERVICIOS DE EXTENSION

# LIBERACIÓN DE LA TELEPRACTICA

**Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Por la presente, consiento y autorizo el uso y la reproducción por parte de la AIDB de todas y cada una de las fotografías y cualquier otro material audiovisual tomado de mí y del estudiante para la evaluación, la observación y las actividades educativas.

⃝ **Si** ⃝ **No**

Por la presente, consiento y autorizo el uso, de compartir, transmitir y reproducción de todas y cada una de las fotografías y otros materiales audiovisual tomada de mi y del estudiante entre AIDB y la escuela/distrito escolar de mi hijo (a).

⃝ Si⃝ **No**

Entiendo que los archivos obtenidos de varias fuentes (educativas, médicas, entrevistas y teleprácticas) pueden ser resumidos en un informe evaluativo que será proporcionado al sistema escolar y a los padres con el propósito de ayudar en la planificación del plan de estudios. Certifico que las respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y correctas.

. ⃝ **Si** ⃝ **No**

**CONSENTIMIENTO PARENTAL/TUTOR**

Yo certifico que so el padre o tutor del individuo arriba, un menor debajo la edad de dieciocho anos de edad. Por la presente está de acuerdo asumir responsabilidad legal para las autorizaciones de el/ella referido en esta liberación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Padre/Tutor Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio de Padre/Tutor # de Teléfono de Padre/Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip Code

**Alabama Institute for Deaf and Blind Outreach Services**

**205 South Street East | PO Box 698**

**Talladega, AL 35161**

**Teléfono: 256-761-3274**

CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EXTENSIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| El LEA/agencia solicita su consentimiento para realizar una evaluación individualizada para: | |
| NOMBRE DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| La LEA/agencia propone llevar a cabo este servicio de alcance por las siguientes razones comprobadas: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [ ] | | Para determinar el nivel de desarrollo | | | [ ] | | Preocupaciones de Comportamientos | | | | | [ ] | Determinar la presentación | | | | |
| [ ] | | Para determinar el nivel funcional | | | [ ] | | Habla/Lenguaje inconsistente con la edad | | | | | académica actual | | | | | |
| [ ] | | Para determinar un medio aprendizaje apropiada | | | | | | | | | |  |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El servicio de extensión **PUEDE** incluir un examen de la información y los resultados de las pruebas existentes y | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| también puede incluir nuevas evaluaciones en la siguiente área comprobada. | | | | | | | | | | | | | | |  | [ ] | Language |
| [ ] | Logro | | | [ ] | | Entrenamiento Instructivo | | | [ ] | | Evaluación de Visión Funcional | | |  | | | |
| [ ] | Intelectual | | | [ ] | | Comportamiento Adaptivo | | | [ ] | | Evaluación de Orientación y Movilidad | | |  | | | |
| [ ] | Escalas de Desarrollo | | | [ ] | | Entrevista | | | [ ] | | Evaluación de Medios de Aprendizaje | | |  | | | |
| [ ] | Consulto | | | [ ] | | Lenguaje | | | [ ] | | Visita al lugar | | |  | | | |
| [ ] | Observación | | | [ ] | | Habla | | |  | |  | | |  | | | |
| Si usted consiente en una evaluación, la LEA/agencia le proporcionará la evaluación sin costo alguno para usted.  Dar el consentimiento para una evaluación no da consentimiento para los servicios. Si usted da su consentimiento,  puede revocar su consentimiento en cualquier momento, pero no después de que la evaluación haya sido realizada. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| POR FAVOR MARQUE UN DE LA SIGUIENTES CAJAS, FIRMA Y FECHE EL FORMULARIO.  **[ ]** **DOY PERMISO** para el servicio de alcance que ha sido propuesto.  **[ ]** **NO DOY PERMISO** para el servicio de alcance que ha sido propuesto. Por favor explica. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [ ] Yo soy interesado de recibir información sobre los campamentos de AIDB y/o programas.  .    **Firma de Padre y Estudiante (edad 19) Fecha de Firma** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si tiene información que pueda ayudar a este servicio de alcance, tiene preguntas sobre esta información o desea. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por favor devuelva  este  formulario a: | | | **Outreach Instructional Services** | | | | |  | | **AIDB HCS- ATTN: Outreach** | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | **205 South Street East, Talladega, AL 35160** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Si usted tiene información que ayudará el servicio de extensión, tiene preguntas que pertenezca aquella información o desea programar una conferencia, por favor pónganse en contacte a 256-761-3284 o por correo electrónico a [outreach@aidb.org](mailto:outreach@aidb.org). Por favor envié un correo electrónico o devuelva este formulario al domicilio de Servicios de Extensión a: **205 South Street East, Talladega, AL 35160. Facsímile: 256-761-3678 Attention: Outreach Services.**



ALABAMA INSTITUTE FOR DEAF AND BLIND

205 E. South Street P. O. Box 698

Talladega, AL 35161

**Teléfono: 1-800-532-4622 Fax: 256-761-3678**

APLICACION PARA SERVICIOS DE EXTENSION

**INFORMACION RELATIVO AL NINO (A)**:

1. Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido Primer Segundo

2. Nombre Preferido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Genero \_\_\_\_\_\_ 4. FDN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5. Raza \_\_\_\_\_\_\_\_ 6. Grado \_\_\_\_\_\_\_

7. Nombre de Padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle Ciudad Condado Estado Código

9. Números de teléfono de los padres: Numero de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de empleo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Correo electrónica del padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Persona/agencia remitió el niño (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero de contacto: \_\_\_\_\_\_\_

12. ¿Cómo se comunica su hijo (a)? Oral\_\_\_ Manual\_\_\_\_ Los Dos \_\_\_\_ ESL\_\_\_\_\_

13. Que es el idioma nativo de su hijo (a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SOLICITANTE HISTORIA DE ASISTENCIA ESCOLAR**

1. Nombre de escuela que asista ahora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha matriculado \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tipo de programa: (Indica si es tiempo-total; si es tiempo-parcial, indica los números de horas cada semana)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACION RELATIVO A SU PERDIDA DE AUDICION Y/O PERDIDA DE VISION:**

Perdida de Visión

1. ¿Nació su hijo (a) con una pérdida de visión? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2. ¿Si no, a qué edad ocurrió su discapacidad? \_\_\_\_\_\_

3. ¿Si sabes, que causo su discapacidad visual?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. ¿Fui su hijo (a) examinado por un oftalmólogo M.D)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. ¿Quién realizo la exanimación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. ¿Cuando fui la ultima exanimación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Diagnosis de visión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. ¿Cualquier operación realizada en los ojos? Si \_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_

(a) ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (b) ¿Por quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(c) ¿Lugar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (d) Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. ¿Lleva su hijo (a) lentes?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pérdida de Audición:

1. ¿Nació el niño (a) ciego? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_

2. ¿Si no, a qué edad desarrolló su pérdida de audición? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Si sabes, causa de pérdida de audicion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Fecha de última exanimación de audición: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Lugar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. ¿Cualquier operación realizada en los oídos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_

(a) ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (b) ¿Por quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(c) ¿Lugar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (d) Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. ¿Tenga el niño (a) una implanta coclear? \_\_\_ ¿Cuando recibió su primer aparato? \_\_\_\_\_\_\_

7. ¿Usa el niño (a) un aparato?\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anos de implantada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. ¿Tenga el niño (a) un aparato de implanta óseo (BAHA)?\_\_\_\_ Anos implantado\_\_\_\_

**DISCAPACIDADES ADICIONALES**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo entiendo los archivos obtenidos de varias recursos (médicas y educativas) pueden resumirse en un reporte evaluativo que proporciona al sistema escolar y los padres por el razón de asistir con la planificación del currículo. Yo certifico que las respuestas a las preguntas arribas son verdaderas y correctas.

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre o Tutor Legal

AIDB SERVICIOS DE EXTENSIÓN

SOLICITUD PARA INFORMACIÓN

**EDUCATIVO**

Este formulario se utiliza cuando los padres dan su permiso para que una organización, una agencia o un individuo envíen información sobre su hijo (a) al Instituto para Sordos y Ciegos de Alabama.

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, el padre o tutor del niño (a) cuyo nombre figura en este formulario, solicito que la escuela envíe la información solicitada sobre mi hijo (a) al Instituto de Sordos y Ciegos de Alabama.

Sistema Escolar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad Estado CÓDIGO

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de niño (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El estudiante de la escuela asiste o ha asistido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor, envíe una copia de los siguientes registros**: Registro acumulativo, el PEI más reciente, el informe de Decisión de Elegibilidad con respecto a los Servicios de Educación Especial, las evaluaciones (psicológicas, educativas, de comportamiento/adaptación, de visión, audiológicas, del habla, de terapia física, de terapia ocupacional, intelectuales y de logros).

Por favor envié la información a: AIDB –Health and Clinical Services

Attn: Outreach

P. O. Box 698

Talladega, AL 35161

Facsímile: 256-761-3678 Correo Electrónico: outreach@aidb.org

Relación al estudiante de la persona solicitando la información: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estimados Padres y Tutores,

El propósito de esta carta es informarles que el Centro de Recursos Educativos para Ciegos de Alabama está en proceso de completar el Registro Anual de Cuota Federal de Estudiantes Ciegos a través del Programa de Cuota Federal de la Imprenta Americana (APH). Este programa, financiado con fondos federales, proporciona libros de texto, ayudas educativas y otros materiales de aprendizaje para niños con discapacidad visual y ceguera que reúnan los requisitos necesarios.

Para ser incluidos en el programa de la Cuota Federal, los estudiantes que reúnen los requisitos deben estar registrados en un censo anual, que requiere el intercambio de información específica de identificación personal del estudiante (PII). Esta información sólo se recoge para cumplir con las obligaciones de información al Departamento de Educación de los Estados Unidos, a la Oficina de Programas de Educación Especial y a otras entidades, tal como lo exige la ley.

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia/The Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) requiere su consentimiento por escrito para liberar la información de identificación personal de su hijo(a) a APH para estas razones. Si usted da su consentimiento, se registrará el nombre de su(s) hijo(a)(s), junto con otra información pertinente, como la fecha de nacimiento, el distrito escolar, el grado en que se encuentra, el medio de lectura principal y la indicación de la función visual. Toda la información de identificación personal (IIP)recopilada para este registro es privada y estará protegida contra el acceso o uso no autorizado. La IIP de su hijo(a) no se compartirá con ninguna otra entidad ni para ningún otro propósito, a menos que lo permita la ley estatal o federal.

El consentimiento para incluir a su hijo(a) en el Censo Federal de Cuotas/Federal Quota Census permite al Centro de Recursos Educativos para Ciegos de Alabama comprar productos y materiales de la APH en nombre de su hijo(a) y de otros niños de nuestro estado. Usted puede optar por no dar su consentimiento; sin embargo, hacerlo significará que se proporcionarán menos fondos de la Cuota a Alabama.

El Registro del Censo de la Cuota Federal se completa bajo la supervisión del Fideicomisario de Oficio/Ex Officio Trustee (ECT) designado para supervisar sus respectivas cuentas de la APH. Es responsabilidad del EOT enviar información precisa a la APH de manera segura. Si tiene preguntas o dudas sobre El Proceso de Registro de La Cuota Federal Anual/Annual Federal Quota Registration Process, póngase en contacto con su EOT, Teresa Lacy, en lacy.teresa@aidb.org.



**Instituto para Ciegos y Sordos de Alabama/Centro de Recuso**

**Instructivos de Alabama para los Ciegos de Alabama**

**Consentimiento para liberar la información del estudiante**

Con el fin de inscribir a mi hijo(a) en el Alabama Instructional Resource Center for the Blind/Centro de Recursos Educativos para Ciegos de Alabama (AIRCB) y American Printing House for the Blind/La Imprenta Americana para Ciegos (APH), por la presente autorizo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(el distrito escolar local) a compartir la información personal identificable de mi hijo(a) como sigue: Apellido, Nombre, Segundo Nombre, Fecha de Nacimiento, Distrito Escolar, Grado Escolar, Función Visual, Medio de Lectura Primario y Secundario, y referencia cruzada de los hermanos también inscritos para evitar la duplicación de la matriculación) con lo siguiente:

* Representante regional designado del censo de APH (Maestro de Ciegos/Discapacidad Visuales)
* Instituto para Sordos y Ciegos de Alabama/Centro de Recursos Instructivos para Ciegos de Alabama
* American Printing House for the Blind

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre imprimado), certifico que soy el(los) padre(s)/tutor(es) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de (nombre completo del estudiante), cuya fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de nacimiento es (fecha de nacimiento completa del estudiante), y que es un dependiente de acuerdo con la Sección 152 del Código de Impuestos Internos/Section 152 of the Internal Revenue Code si él/ella es mayor de dieciocho años. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor a menos que la revoque por escrito. Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un correo electrónico a Teresa Lacy en [lacy.teresa@aidb.org](mailto:lacy.teresa@aidb.org).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha