

Forma de Aplicación para el Examen de Certificación  
**AUDITORY-VERBAL INTERNATIONAL, INC.®**

Consejo de Certificación de AVI  
1390 Chain Bridge Road, #100  
McLean, VA 22101

Horario: La hora se precisará posteriormente

Lugar: Se especificará más adelante  
**Toronto, Canada**  
**Domingo 10 de Julio de 2005**

Pendiente la localización precisa para el examen en:  
**Australia**  
**Julio de 2005**

Cuota del examen y aplicación: \$400 (US dólares) Miembros de AVI  
\$500 (US dólares) A los no miembros

Mandar todo al: Consejo de Certificación a la dirección arriba mencionada

Antes de completar esta forma, **por favor lea** la sección titulada “Cómo solicitar presentar el examen” e “Instrucciones para completar la forma de aplicación”.

La aplicación **deberá** de estar firmada y los puntos del # 1 al 10 **deberán** de completarse para determinar si será elegido(a) para tomar el examen.

**Por favor escriba con letra de molde o llene a máquina toda la información.**

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

2. Dirección: \_\_\_\_\_

Apartado Postal o Número de calle: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado o Provincia: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

3. Teléfono: (C) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_

4. Fax : \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

5. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál es su nivel actual de estudios o de educación formal?

\_\_\_\_\_ (a) Nivel Universitario (4 años) (Por favor especifique la Universidad **y** su especialidad).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (b) Grado de Maestría (2 años) (Por favor especifique la Universidad **y** su especialidad).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (c) Grado de Maestría (mas de 2 años) (Por favor especifique la Universidad **y** su especialidad).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (d) Mayor al grado de Maestría (Por favor especifique la Universidad **y** su especialidad).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (e) Grado de Doctorado (2 años o más) (Por favor especifique la Universidad **y** su especialidad)

\_\_\_\_\_

7. Actualmente soy miembro de AVI                      Sí                      No

8. Número de años en la práctica de Terapia Auditiva-Verbal: \_\_\_\_\_

9. Jefe o trabajo actual: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

10. Con base en la presente aplicación ofrecida por Auditory-Verbal International, Inc. ® (AVI) y a través de ésta, acepto cumplir y acatar los Principios y el Código de Ética que se aplican a todos aquellos individuos que son miembros profesionales de AVI. Quedo en el entendido de que la información proporcionada en el proceso de certificación, podrá ser utilizada para propósitos estadísticos y para la evaluación del proceso de certificación. Asimismo y adicionalmente, declaro que dentro de mis posibilidades, la información vaciada en esta aplicación es verdadera, completa, correcta y hecha de buena fe. Me queda claro que AVI se reserva el derecho de verificar parte o toda la información de esta aplicación, y que cualquier dato incorrecto o falso, podrá ser determinante para el rechazo de mi aplicación, revocación de mi certificación, o la aplicación de alguna otra acción.

El(la) suscrito(a), reconoce al Consejo de Certificación de AVI como el único y absoluto juez de mis calificaciones y cualidades para recibir y retener el certificado otorgado por AVI, así como para tener mi nombre incluido en cualquier lista o directorio en donde los nombres de terapeutas certificados sean publicados. También estoy de acuerdo en aceptar sin afectar de ninguna manera individual o colectivamente a los directivos, miembros, personal, voluntarios de AVI, así como al Consejo de Certificación, por cualquier decisión o acción tomadas en cumplimiento de su deber en relación con esta aplicación, al examen, al o los promedios dados con respecto a mi examen, reprobar, así como por lo dicho por AVI para otorgarme un certificado. Entiendo y estoy de acuerdo que para considerar mi aplicación, serán revisados y evaluados mi moral y mis estándares éticos y profesionales. Que para esto, AVI podrá realizar todo tipo de averiguaciones con respecto a mi moral y estándares éticos y profesionales, y que esta información recibida podría afectar negativamente mi aplicación. Si esto sucediera, sería informado(a) y se me daría la oportunidad de rebatir las acusaciones e imputaciones, pero que no se me dará a conocer la identidad de quien las ha hecho. Toda la información proporcionada a AVI en relación a esta indagación será confidencial y no está sujeta a revisiones por mí o por alguien que actúe en mi representación.



15. ¿Cuál es la manera principal en la que Ud. continua su formación en Terapia Auditiva-Verbal? (Marque solo uno)

- (a) En el trabajo
- (b) Libros/videos
- (c) Talleres/seminarios
- (d) En la práctica clínica
- (e) Cursos Académicos
- (f) Otros (*porfavor especifique*) \_\_\_\_\_

16. ¿Cómo prefiere Ud. Continuar con su formación en Terapia Auditiva-Verbal? (Marque solo uno )

- (a) En el trabajo
- (b) Libros/videos
- (c) Talleres/seminarios
- (d) En la práctica clínica
- (e) Cursos académicos
- (f) Otros (*please specify*) \_\_\_\_\_

17. ¿Es Ud. un(una) terapeuta independiente?

- (a) Sí
- (b) No

18. ¿Cuál es su estado actual como trabajador?

- (a) Tiempo completo
- (b) Medio tiempo

19. Por favor indique en porcentaje el tiempo que dedica a cada una de las siguientes actividades profesionales (100% total):

% Tiempo

- (a) Servicio directo a los clientes
- (b) Coordinación
- (c) Enseñanza/entrenamiento
- (d) Asesorías
- (e) Actividades fuera del campo de la Terapia Auditiva-Verbal (*porfavor indique cuál*) \_\_\_\_\_
- (f) Otro (*porfavor especifique*) \_\_\_\_\_

20. En promedio, ¿cuántas sesiones Ud. lleva a cabo cada semana?

\_\_\_\_\_ (a) Menos de 10 sesiones

\_\_\_\_\_ (b) 11-15 sesiones

\_\_\_\_\_ (c) 16-20 sesiones

\_\_\_\_\_ (d) 21-25 sesiones

\_\_\_\_\_ (e) Más de 25 sesiones

21. ¿Cuál es el promedio en tiempo de cada una de sus sesiones de terapia?

\_\_\_\_\_ (a) 30 minutos

\_\_\_\_\_ (b) 45 minutos

\_\_\_\_\_ (c) 60 minutos

\_\_\_\_\_ (d) 75 minutos

\_\_\_\_\_ (e) 90 minutos

\_\_\_\_\_ (f) 120 minutos

\_\_\_\_\_ (g) Más de 120 minutos