

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE POMONA**  
**Servicios de Salubridad y Programas**

**ESCOLIOSIS**

**Recomendación para la Evaluación Médica**

Estudiante: \_\_\_\_\_ F.deN. \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Enfermera: \_\_\_\_\_

Estimados Padres/Guardián:

Un programa para el examen de escoliosis se llevo acabo en la escuela para descubrir problemas posibles de la espina dorsal. Su niño(a) fue examinado por la enfermera de la escuela y se recomienda que el/ella tenga un examen más detallado por su médico. Se sujere un examen completo por su médico para establecer correctamente si un a problema existe. Favor de llevar esta forma con usted al tiempo del examen del medico. Despues del examen, regrese la forma a la enfermera de la escuela.

**SI USTED NO TIENE UN MÉDICO, FAVOR DE COMUNICARSE CON LA ENFERMERA DE LA ESCUELA, QUIEN LE AYUDARA A CONSEGUIR CUIDADO MÉDICO LLAME AL 397-\_\_\_\_\_.**

---

---

**Dear Doctor: The following observations were made during school screening:**

- |                             |     |     |                             |     |     |
|-----------------------------|-----|-----|-----------------------------|-----|-----|
| 1. Shoulder higher          | Rt. | Lt. | 7. Thoracic prominence      |     |     |
| 2. Obvious spinal curvature | Rt. | Lt. | when bending over           | Rt. | Lt. |
| 3. Prominent scapula        | Rt. | Lt. | 8. Lumbar prominence        |     |     |
| 4. Greater arm to           |     |     | when bending over           | Rt. | Lt. |
| body space                  | Rt. | Lt. | 9. Increased Kyphosis       | Rt. | Lt. |
| 5. Waist creases uneven     | Rt. | Lt. | 10. Increased Lordosis      | Rt. | Lt. |
| 6. One hip higher           | Rt. | Lt. | 11. Elevated Shoulder Blade | Rt. | Lt. |

**Scoliometer reading: Thoracic** \_\_\_\_\_ **Lumbar** \_\_\_\_\_

**EXAMINER'S REPORT TO SCHOOL**

**Examination Results:**

**Examination Date:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ No significant findings at this time  
\_\_\_\_ Standing (anterior-posterior) x-ray shows: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Need for further evaluation on \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Treatment recommended: \_\_\_\_\_

Does student required postural exercises or P.E. limitations? \_\_\_\_\_

Additional comments; \_\_\_\_\_

Parent signature for release of information: \_\_\_\_\_

**PLEASE PRINT:**

Doctor's Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_