

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE POMONA
Servicios de Salud y Programas
Referencia para una Evaluación de Audición
LLEVA ESTE FORMULARIO A SU MÉDICO

AUDICIÓN

Alumno(a): _____ Grado: _____

Escuela: _____

Estimado Padres/Tutor:

Como resultado de pruebas de detección recientes, su hijo debe someterse a una complete evaluación auditiva. Se recomienda que un especialista de oído evalúe a su niño(a). **Si requiere ayuda financiera para obtener un exámen de oídos para su niño(a), favor de comunicarse con la enfermera escolar.**

Date: _____ School Nurse: _____ 397 _____

This referral is based on a hearing-screening test. See the attached audiogram. Thank you for returning this form to facilitate the educational process.

IF MAILED:

School _____

Address _____

Phone _____

Attn: School Nurse

EXAMINER'S REPORT TO SCHOOL

This student was examined on _____

Findings indicate _____

Preferential seating recommended: Yes _____ No _____

Student is scheduled for further evaluation on _____

Recommendations/comments: _____

Parent signature for release of information: _____

PLEASE PRINT

Doctor's Name: _____ Signature: _____

Address: _____ Date: _____

Phone: _____

Please return to school nurse when completed by doctor.

SECTION 7