

**POMONA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
HEALTH SERVICES & PROGRAMS
NOTE TO PARENT**

**POMONA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
HEALTH SERVICES & PROGRAMS
NOTE TO PARENT**

To: Parent of: _____

To: Parent of: _____

FROM: Health Office

FROM: Health Office

Date: _____ Time: _____

Date: _____ Tim: _____

Grade: _____

Grade: _____

Area of body injury: _____

Area of body injury: _____

Cause: _____

Cause: _____

Treatment: _____

Treatment: _____

Comments: _____

Comments: _____

****Unable to reach you by phone****

****Unable to reach you by phone****



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE POMONA
HEALTH SERVICES & PROGRAMS
AVISO A LOS PADRES**

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE POMONA
HEALTH SERVICES & PROGRAMS
AVISO A LOS PADRES**

A Los Padres de: _____

A Los Padres de: _____

De parte de: La Enfermería Escolar

De parte de: La Enfermería Escolar

Fecha: _____ Hora: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Grado: _____

Grado: _____

Área de cuerpo lesionada: _____

Área de cuerpo lesionada: _____

Motivo: _____

Motivo: _____

Tratamiento: _____

Tratamiento: _____

Comentarios: _____

Comentarios: _____

No fue posible comunicarnos con usted telefónicamente

No fue posible comunicarnos con usted telefónicamente