

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE POMONA
RECOMENDACIÓN PARA EL CUIDADO DE SALUD

Nombre del alumno: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Estimados Padres: _____

Su hijo(a) necesita seguir los cuidados por: _____

- _____ 1. Su hijo(a) puede regresar el _____ sólo que este bien de salud por 24 horas.
- _____ 2. Su hijo(a) debe ser examinado por la enfermera/asistente de salud antes de regresar.
- _____ 3. Favor de pedirle a su médico/dentista completar la parte inferior del formulario.
- _____ 4. Favor de firmar a continuación para que el médico/dentista proporcione la información necesaria.

Firma del padre: _____ **Fecha:** _____

.....
TO BE COMPLETED BY DOCTOR/DENTIST

Date examined by Doctor/Dentist: _____

Doctor/Dentist Signature: _____ Phone: _____

Diagnosis and/or special instructions: _____

Treatment plan: _____

PLEASE RETURN FORM TO: SCHOOL NURSE: _____

SCHOOL: _____

ADDRESS: _____

TELEPHONE: _____