

Remisión para examen auditivo

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

Estimado padre o tutor:

Un examen de audición realizado recientemente en la escuela indicó que su hijo puede tener un problema auditivo. Le recomendamos que consulte con el proveedor de atención médica de su hijo acerca de la posibilidad de realizarle un examen profesional de audición. Lleve este formulario con usted en el momento del examen y, luego, entréguelo completo a la escuela. Si tiene alguna duda, comuníquese con _____

Evaluación de Servicios de Salud: _____ Fecha: _____

Informe del examinador de la audición para la escuela:

Fecha: _____

Diagnóstico y tratamiento correspondientes al oído derecho: _____

Diagnóstico y tratamiento correspondientes al oído izquierdo: _____

¿Desea volver a ver al paciente?: _____ ¿Cuándo?: _____

Seguimiento recomendado en la escuela: _____

Profesional a cargo: _____ Fecha: _____

Dirección de la clínica: _____ Teléfono: _____

Entregue el formulario completo en el centro de salud: _____

Para uso de la oficina escolar únicamente: Información actualizada e ingresada en Skyward con fecha: _____

Por _____