



FORMA DE REVISION DE REFERENCIA MEDICA

Estimado Padre o Guardián:

Al examinar a su hijo / hija notamos un problema. Sugerimos que lleve a su hijo / hija con esta forma al doctor de su preferencia para recomendaciones sobre la posibilidad de un problema de salud indicado abajo. Queremos asistir en lo que nos sea posible para que este problema de su hijo / hija sea corregido y gracias por su cooperación.

Escuela _____ Teléfono _____ Enfermera _____

Estimado proveedor medico:

Hemos examinado a:

Nombre: _____ Escuela: _____ Grado: _____

A quien durante una revisión rutinaria de los Servicios de Salud de la escuela, se le encontró el siguiente tipo de problema: _____

Por favor indique la severidad y pronóstico de la condición que encuentre y aconséjenos si hay necesidad de alguna limitación de actividades, prótesis, o cualquier cosa que podamos hacer para mejorar la salud del estudiante.

Nuestras observaciones son las siguientes: _____

Fecha: _____ Enfermera: _____ Teléfono: _____

Días en la escuela _____

Opinión profesional y recomendaciones: _____

Firma del medico profesional: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

¿Hay algún tiempo específico que quiera ver al estudiante otra vez? Sí: _____ No: _____ ¿Cuándo? _____

Consentimiento del padre: Doy consentimiento y autorización al proveedor de salud para que comparta la información de arriba con personas del distrito que la necesiten con propósitos legítimos educacionales. **Si la información es confidencial, por favor envíela por correo a:** Coordinator of Health Services, 6125 E. Belknap, Fort Worth, Texas 76117; si no, regrésela de la manera y de la persona que la recibió.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____