



**Parent Notification: Referral**  
**Programa para la Examinación Espinal – Notificación de**  
**Referido para los Padres)**

\_\_\_\_\_  
(Estudiante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Escuela)

\_\_\_\_\_  
(Teléfono de la Escuela)

Estimado Padre o Tutor:

Los estudiantes en nuestras escuelas fueron examinados recientemente para la búsqueda de una curvatura en la espina dorsal que puede aparecer durante las edades de 10 a 16 años cuando el crecimiento rápido está ocurriendo. Su hijo(a) presenta las características de una posible de una curvatura en la espina dorsal. Dos de los tipos de curvaturas son conocidas como Escoliosis (curva hacia al lado) y Cifosis (curvatura redondeada)

Es su responsabilidad llevar esta forma a un médico de preferencia que pueda hacer una examinación completa de la espina dorsal. Después que el médico halla examinado a su hijo(a) y llenado esta forma, por favor regrésela a la escuela. Si usted no puede con los gastos de un médico por favor comuníquese con la escuela para obtener más información.

Gracias por su cooperación: \_\_\_\_\_  
Firma del Administrador Escolar de la Enfermera Fecha

**SCREENING FINDINGS:**

- |                          |                          |  |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| L                        | R                        |  | L                        | R                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | High Shoulder                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Shoulder blade stands out more than the other      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Obvious curve of the spine in area of the rib cage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |                          |                          |                                      |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rib hump                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Obvious curve of spine in lower back |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hip higher than the other            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Roundback                            |

\_\_\_\_\_  
Screener Name and Title

\_\_\_\_\_  
Date

**PROFESSIONAL EXAMINATION REPORT:** \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Recommendations:

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No treatment | <input type="checkbox"/> Treatment                     |
|                                       | <input type="checkbox"/> Observation only              |
|                                       | <input type="checkbox"/> Brace                         |
|                                       | <input type="checkbox"/> Surgery                       |
|                                       | <input type="checkbox"/> Other (Please describe) _____ |

Referral (Please describe) \_\_\_\_\_

Activity limitation. If any, please describe) \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

Return appointment  Yes  No

Return Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Doctor's Signature or Hand Stamp

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Address