



Date: _____

Name: _____ DOB: _____ ID#: _____

Campus: _____ Grade: _____ Homeroom: _____

Kính thưa Quý Phụ Huynh: Lớp của con em quý vị vừa hoàn tất một đợt khám về thính giác (khả năng nghe). Kết quả cho biết, con em quý vị có thể gặp phải khó khăn với thính giác của em. Xin quý vị vui lòng lấy hẹn với bác sĩ ngay để em được định bệnh một cách chính xác. Sau khi bác sĩ khám và điền vào mẫu đơn dưới đây xong, xin nộp lại cho y tá nhà trường.

Nếu con em quý vị đã được khám và chữa trị, xin vui lòng điền vào phần từ chối vào cuối lá thư này và hoàn lại cho y tá nhà trường càng sớm càng tốt.

Nếu quý vị có thắc mắc về chương trình kiểm tra về thính giác, xin vui lòng gọi cho tôi.

Thân ái,

Y Tá Nhà Trường (School Nurse)

Dear Physician: This child has been referred to you for further evaluation and/or treatment. Below are the hearing screening results and/or observational comments, which indicate the child may have a hearing impairment that could affect his/her educational advancement.

	EAR	1 1000HZ	2 2000HZ	3 4000HZ	Reasons for Referral
<input type="checkbox"/> Second Screen	R				<input type="checkbox"/> Unscreenable <input type="checkbox"/> Failed Screening <input type="checkbox"/> Signs & Symptoms
<input type="checkbox"/> Extended Recheck Date: _____	L				

Comments: _____

Screener: _____

Physician/Audiologist, please complete the following:

Date Examined:

Results:

- conductive hearing loss;
- sensorineural hearing loss;
- mixed hearing loss;
- central auditory problem(s);
- no discernable problem

Recommendation:

- Refer for medical treatment;
- Medical treatment prescribed;
- Hearing aid evaluation and possible fitting;
- Classroom observation for educational implications;
- Placement in aural rehabilitation classroom

Comments: _____

Signature

Title

Printed Name

Return completed referral to school nurse

WAIVER OF REFERRAL (TỪ CHỐI)

Con tôi, _____, đã được bác sĩ lo lắng về vấn đề thính giác.

Chữ Ký Phụ Huynh (Parent's Signature)

Tháng, ngày, năm (Date)