



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # Identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Estimado Padre / Guardián:** Recientemente se llevaron a cabo evaluaciones del oído en la clase de su hijo(a). Los resultados de la evaluación revelan que su hijo(a) puede tener dificultad de oír. Por favor haga una cita con su doctor lo más pronto posible para más evaluaciones. Después que el doctor evalúe a su hijo(a) y llene esta forma, por favor regrésela a la enfermera de la escuela.

Si su hijo(a) ya recibe cuidados para este problema, por favor llene la parte de debajo de esta forma en “Renuncia o Remisión” y regrésela a la enfermera de la escuela lo más pronto posible.

Si tiene alguna pregunta sobre el programa de evaluación o como obtener más servicios para el oído, por favor comuníquese conmigo.

Sinceramente,

\_\_\_\_\_  
Enfermera de la Escuela

**Estimado Doctor:** Este niño(a) ha sido recomendado a usted para más evaluaciones y / o tratamiento. Abajo están los resultados de la evaluación y / o comentarios de observaciones que indican que el niño puede tener un impedimento del oído el cual puede afectar su avance educacional.

	<b>OIDO</b>	<b>1 1000HZ</b>	<b>2 2000HZ</b>	<b>3 4000HZ</b>	<b>Razón de recomendación</b>
<input type="checkbox"/> Segundo examen	D				<input type="checkbox"/> No se puede examinar
<input type="checkbox"/> Re-examen extendido	I				<input type="checkbox"/> No pasó el examen
Fecha: _____					<input type="checkbox"/> Señas y Síntomas

Comentarios: \_\_\_\_\_

Examinador: \_\_\_\_\_

**Doctor / Especialista del Oído, por favor complete lo siguiente:**

Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Resultados:

Pérdida conductiva del oído;

Pérdida de los nervios del sentido del oído;

Pérdida mixta del oído;

Problemas auditivos centrales;

Ningún problema discernible

Recomendación:

Recomendación para tratamiento médico;

Prescribir tratamiento médico;

Evaluación para una prótesis de oído y posibles medidas;

Observación en el salón para implicaciones educacionales;

Colocación en un salón de rehabilitación del oído

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito con letra de molde

**Regrese esta recomendación completa a la enfermera de la escuela**

**RENUNCIA O REMISION**

Mi hijo(a), \_\_\_\_\_, ya esta bajo el cuidado de un especialista del oído para el problema indicado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha