



### Remisión de Salud

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Querido Padre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recomendamos que usted consulte a su proveedor de asistencia médica sobre esta materia. Por favor pida que él dé su informe en la parte inferior de esta forma. Por favor devuelva esta remisión a su enfermera escolar. Para la información adicional, por favor llame \_\_\_\_\_ (*enfermera disponible*) el  L  M  M  J  V entre las horas de \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_.

SCHOOL STAMP

\_\_\_\_\_  
Administrator de la Escuela

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

### Physician's Report

Finding and/or diagnosis: \_\_\_\_\_

Recommendations for care: \_\_\_\_\_

Referred to another health advisor?  Yes  No Whom: \_\_\_\_\_

Child under medication/treatment?  Yes  No Whom: \_\_\_\_\_

Return visit?  Yes  No  
When: \_\_\_\_\_

Referred to another health advisor?  Yes  No Whom: \_\_\_\_\_

Suggestion for school nurse/school personnel: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Physician's Signature: \_\_\_\_\_ Telephone # \_\_\_\_\_

*Thank you for completing and returning this form (via parents or mail) back to the school. This information will be helpful in planning the educational program of this student.*

Enclosure:  Yes  No