



Remision de Audiencia

Nombre: _____

Fecha: _____

Escuela: _____ Salón/profesor: _____ Grado: _____

Muy estimados padres/guardians:

Su hijo/a _____ a tenido dificultad pasando el examen de oir de las escuela. Los resultados estan abajo.

Por favor de consultar con su doctor y un favor de pedirle a su doctor que haga sue reporte abajo de esta forma. Si usted desea hablar con la enfermera un favor de llamar la escuela: _____ en este de dia: _____.

Si este tiempo no es conviene, un favor de telefonear o escibir para una cita.

Date		500	1000	2000	3000	4000	6000
	R						
	L						
	R						
	L						
	R						
	L						

Enfermera de escuela

Physician's Report

This report is to be returned to the school nurse by the parent or the pupil. Your recommendations will assist us in adjusting the child's school program.

Findings and diagnosis:

Management:

Referred to other physician: _____

Follow-up as needed: _____

Signature of Physician

Date

Physician Address

Telephone