Sistema escolar del condado de Montgomery de Clarksville
SERVICIOS DE SALUD
DERIVACIÓN AUDITIVA

Nombre del estudiante _____ Fecha _____

Grado _____ Maestro/a _____

Estimado padre:
Su hijo/a participó recientemente en un examen auditiva realizada por el equipo de salud escolar coordinada. Se recomienda una cita de seguimiento con su médico. Los resultados de este examen ayudarán al personal escolar a realizar las modificaciones necesarias en el programa educativo de su hijo/a.

Evaluación realizada en 20dB HL

	Evaluación inicial		Reevaluación	
Frecuencias	Oído izquierdo	Oído derecho	Oído izquierdo	Oído derecho
1000 Hz	_____	_____	_____	_____
2000 Hz	_____	_____	_____	_____
4000 Hz	_____	_____	_____	_____

(X – Respuesta adecuada NR – Sin respuesta)

Fecha de examen _____ Enfermero/a escolar _____

Este formulario debe ser completado por el médico examinador y **devuelto al enfermero/a de la escuela**.

Diagnóstico_____

Resultados del examen

Frecuencia	Oído izquierdo	Oído derecho	Otros hallazgos _____
1000 Hz	_____	_____	_____
2000 Hz	_____	_____	_____
4000 Hz	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Tratamiento dado _____
_____

Recomendaciones _____
_____

Reevaluación recomendada en _____ meses / _____ años

_____ _____
Nombre del médico Firma del médico

_____ _____
Dirección domiciliaria Fecha del examen

_____ _____
Ciudad Estado Código postal Teléfono Fax