



UNITED INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
SCHOOL HEALTH PROGRAM
MEDICAL REFERRAL FORM

Para los Padres o Tutor:

Hemos examinado a _____

Nombre de estudiante

Direccion

Escuela

y le hemos encontrado la condicion siguiente; _____

El Departamento de Salubridad del Distrito Escolar desea cooperar con usted lo mejor que le sea posible para ver que este alumno se mantenga en el mejor estado de salud. Por lo mismo, le recomendamos que haga todo lo que sea posible para llevar a este alumno con un medico o a la clinica para que se le haga un examen minucioso.

Si le podemos servir sobre este asunto, por favor no deje de avisarnos.

Enfermera

To the Physician: _____

Please complete this form for the child's school record.

Findings: _____

Recommendations: _____

Date: _____

Physician's Signature

(Please return this form to the School Nurse)