

# Solicitud de Evaluación Médica

WASHINGTON UNIFIED SCHOOL DISTRICT



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

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

*Estimado Padre:*

*La evaluación de enfermería indica que su hijo/hija mencionado anteriormente debería tener una evaluación médica. Es importante que (1) lleve este formulario con usted al médico, y (2) el formulario debe ser regresado a la escuela.*

**Nota para el médico:** La atención de los padres ha sido dirigida hacia la evaluación médica porque:

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

Para obtener más información, póngase en contacto con:

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

---

## Reporte del Médico

Resultados o Diagnostico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recomendaciones para el cuidado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Fue referido a otro asesor de salud?  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_

¿Esta el menor bajo medicamento o tratamiento?  Sí  No Cual: \_\_\_\_\_

¿Siguiendo cita medica?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_ Documentos Adjuntos:  Sí  No

Sugerencias para nuestro(a) enfermero(a) / personal de la escuela: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**American Union  
Elementary School**  
2801 W. Adams Ave.  
Fresno, CA 93706

**Phone:** (559) 495-5650  
**Fax:** (559) 267-5708

**West Fresno  
Elementary School**  
2910 S. Ivy Ave.  
Fresno, CA 93706

**Phone:** (559) 495-5635  
**Fax:** (559) 233-6446

**West Fresno Middle School**  
2888 S. Ivy Ave.  
Fresno, CA 93706

**Phone:** (559) 495-5635  
**Fax:** (559) 485-3006

**Washington Union High  
School**  
6041 S. Elm Ave.  
Fresno, CA 93706

**Phone:** (559) 485-8805  
**Fax:** (559) 485-4435