

DISTRITO ESCOLAR DE FILADELFIA/THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA  
SERVICIOS DE SALUD DE ESCUELAS/SCHOOL HEALTH SERVICES

**INFORME DE PRUEBA AUDITIVA PARA PADRES Y MÉDICO/  
HEARING TEST REPORT TO PARENTS AND PHYSICIAN**

\_\_\_\_\_  
FECHA/DATE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ESTUDIANTE/NAME OF STUDENT

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO/DATE OF BIRTH

\_\_\_\_\_  
Nº DE SALÓN/ROOM #    \_\_\_\_\_  
GRADO/GRADE

Estimado padre/encargado:

Hemos completado la prueba de audición provista como parte del Programa de Salud Escolar. Recomendamos que su hijo/a se someta a un examen de oído más completo con un médico.

Razón de la derivación de la enfermera/facultativo escolar:

Resultados de la prueba de umbral auditivo de la escuela:

FECHA/DATE	OÍDO DERECHO/RIGHT EAR						OÍDO IZQUIERDO/LEFT EAR						
	250	500	1000	2000	4000	8000	250	500	1000	2000	4000	8000	

Debido a que trastornos auditivos sin corregir pueden afectar el aprendizaje, es importante completar esta derivación.

Gracias por su cooperación. Si tiene preguntas, o si lo puedo ayudar en algo, no dude en comunicarse conmigo.

\_\_\_\_\_  
ENFERMERA/MÉDICO CERTIFIED SCHOOL NURSE/PRACTITIONER

\_\_\_\_\_  
ESCUELA/SCHOOL

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE LA ESCUELA/SCHOOL ADDRESS

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO/PHONE NUMBER

**IMPORTANTE:**

Por favor lleve este formulario a su médico al momento del examen. Cuando el médico haya llenado la información al reverso, devuélvalo a la enfermera de la escuela.

**INFORME DE AUDICIÓN MÉDICO A LA ENFERMERA/FACULTATIVO DE LA ESCUELA/  
PHYSICIAN'S REPORT OF HEARING EVALUATION TO SCHOOL NURSE/PRACTITIONER**

*NOTA AL MÉDICO/NOTE TO THE PHYSICIAN:*

*ES IMPORTANTE INCLUIR COPIA DEL AUDIOGRAMA EN ESTE INFORME/IT IS IMPORTANT THAT  
A COPY OF YOUR AUDIOGRAM BE ATTACHED TO THIS REPORT.*

NOMBRE DEL ESTUDIANTE/  
NAME OF STUDENT: \_\_\_\_\_

FECHA DE  
EVALUACIÓN/  
DATE OF EVALUATION: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO/  
DIAGNOSIS: \_\_\_\_\_

TIPO DE PÉRDIDA  
AUDITIVA/  
TYPE OF HEARING LOSS: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO/  
TREATMENT: \_\_\_\_\_

PRONÓSTICO/  
PROGNOSIS: \_\_\_\_\_

RECOMENDACIONES/RECOMMENDATIONS:  
SE ACONSEJA ASIGNACIÓN ESPECIAL DE ASIENTO  
EN EL SALÓN/SPECIAL SEATING IS ADVISED IN THE  
CLASSROOM:

SÍ/YES  NO

SI ES ASÍ, DESCRIBA/  
IF YES DESCRIBE: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA PRÓXIMA CITA/  
DATE OF NEXT APPOINTMENT: \_\_\_\_\_

OTRAS RECOMENDACIONES/  
OTHER RECOMMENDATIONS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MÉDICO / PHYSICIAN'S NAME

\_\_\_\_\_  
FECHA DEL EXAMEN / DATE OF EXAM

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO / PHYSICIAN'S SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO / TELEPHONE