



**Distrito Escolar Unificado de San Francisco**  
Departamento de Apoyo a Estudiantes, Familias y Comunidad  
Nº. 1515 calle Quintara  
San Francisco, CA 94116  
415/242.2615  
Fax: 242.2618  
<http://www.healthiersf.org>

Estimado Padre / Tutor:

En la escuela de su hijo se llevó a cabo un examen audiológico el \_\_\_\_\_. Su hijo no pasó el examen audiológico y necesita más evaluaciones.

- Por favor, lleve a su hijo a su médico para una evaluación o tratamiento adicional. Por favor, lleve esta carta y el informe adjunto. Pida a su médico que rellene la parte de atrás de este formulario y envíelo por correo a la dirección indicada arriba. Puede ser necesario que el médico remita a su hijo para una evaluación audiológica completa. Si su hijo no tiene un proveedor de atención médica, comuníquese con la compañía de seguros de salud de su hijo para encontrar un pediatra disponible.
- Si su hijo no tiene seguro de salud, por favor póngase en contacto con una de las siguientes compañías de seguros. También puede comunicarse con al Centro de Salud Infantil del Hospital General de San Francisco para obtener ayuda con el seguro de salud:

- o SF Health Plan 1-888-201-6374
- o Covered CA - Medi-Cal 1(800) 300-1506
- o SF general 415-206-8383 (Centro de Salud Infantil)

Si tiene preguntas, por favor comuníquese con la enfermera en turno del Programa para la Salud Escolar, llamando al **415-242-2615**. Gracias.

### INFORMACIÓN DEL ALUMNO PARA LA EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA

Nombre del alumno _____	Escuela _____	
Domicilio del alumno _____	Grado _____	Aula # _____
Ciudad y código postal _____	Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____	
<b>Razón para la remisión: No aprobó la evaluación audiológica</b> (presentar el informe adjunto al médico/proveedor de atención médica)		

**\*\*PLEASE RETURN THIS REPORT TO ADDRESS BELOW WHEN COMPLETE\*\***

**Dear Healthcare Provider:**

This student is being referred to you because s/he did not pass the hearing screening at school (see attached report). Please examine the child, complete the report below, and return report to:

School Health Programs, SFCSD  
 Attention: Hearing Screening  
 1515 Quintara Street, San Francisco, CA 94116

**HEALTHCARE PROVIDER REPORT**

**DATE OF EXAM** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

***FINDINGS:***

- Passed hearing screen*       *Right ear*       *Left ear*       *Both ears*
- Failed hearing screen*       *Right ear*       *Left ear*       *Both ears*
- Abnormal middle ear exam*       *Right ear*       *Left ear*       *Both ears*
- Abnormal ear canal*       *Right ear*       *Left ear*       *Both ear*
- Right ear hearing loss*       *Mild*       *Moderate*       *Severe*       *Profound\**
- Left ear hearing loss*       *Mild*       *Moderate*       *Severe*       *Profound\**

\* If child fails hearing screen and has no other findings, please refer for complete audiological assessment

	250	500	1000	2000	3000	4000	8000
<b>Right ear</b>							
<b>Left ear</b>							

***Recommendations:***

- No treatment recommended at this time.
- Student referred for further evaluation on: \_\_\_\_\_,  
by \_\_\_\_\_.
- Student currently receiving treatment and will receive follow-up  
on \_\_\_\_\_.
- Hearing aids prescribed
- Student should be referred to SFUSD Hearing Services
- Student should be referred to SFUSD Speech and Language Services
- Other \_\_\_\_\_

***Name of Examiner:*** \_\_\_\_\_ ***Specialty:*** \_\_\_\_\_

***Signature:*** \_\_\_\_\_ ***Date:*** \_\_\_\_\_

***Address:*** \_\_\_\_\_ ***Phone:*** \_\_\_\_\_