



**San Francisco Unified School District**  
Student, Family, and Community Support Department  
School Health Programs  
1515 Quintara St.  
San Francisco, CA 94116  
415/242.2615  
Fax: 242.2618  
<http://www.healthiersf.org>

Kính Gửi Quý Phụ Huynh/Người Giám Hộ:

Một cuộc khám tầm soát thính lực đã được tổ chức tại nhà trường của con em quý vị vào ngày

Con em quý vị đã không qua được cuộc khám tầm soát này và cần phải được khám thêm.

- Xin quý vị vui lòng đưa con em quý vị đến Bác sĩ Gia đình để được khám thêm. Xin cầm theo bức thư này và bản báo cáo đính kèm. Quý vị hãy yêu cầu vị Bác sĩ điền vào phía sau của thư này và gửi đến địa chỉ trên đây. Vị Bác sĩ có thể cần giới thiệu con em quý vị để được thăm định thính lực hoàn chỉnh. Nếu con em quý vị không có vị Bác sĩ Gia đình, xin quý vị liên lạc với Hãng bảo hiểm sức khỏe cho con em quý vị để tìm một Bác sĩ Nhi Khoa có sẵn.
- Nếu con em quý vị không có bảo hiểm y tế, xin vui lòng liên lạc với một trong những hãng bảo hiểm sau đây. Quý vị cũng có thể liên lạc với Trung Tâm Y Tế Trẻ Em, Bệnh viện Đa khoa San Francisco để được hỗ trợ về bảo hiểm y tế.

- SF Health Plan 1-888-201-6374
- Covered CA – Medi-Cal 1-800-300-1506
- SF General 415-206-8383 (Trung Tâm Y Tế Trẻ Em)

Nếu quý vị có câu hỏi nào, xin hãy liên lạc với Y Tá Trực Ban Ngày tại Chương Trình Chăm Sóc Y Tế Học Đường (School Health Programs), SFCSD tại số điện thoại (415) 242-2615. Xin cảm ơn quý vị.

### THÔNG TIN VỀ KHÁM TẦM SOÁT THÍNH LỰC CỦA HỌC SINH

Tên Học sinh

Trường

Địa chỉ của Học sinh

Lớp

Phòng #

Thành Phố/Mã số Bru điện

Ngày sinh (Tháng, Ngày, Năm)

**Lý do của Thư Giới Thiệu: Không qua được cuộc Khám tầm soát Thính Lực (Xin cầm theo bản báo cáo cho vị Bác sĩ Gia đình.)**

**\*\*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
Right ear							
Left ear							

***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:** \_\_\_\_\_