San Diego Unified
SCHOOL DISTRICT

CITA PARA SERVICIOS DE CLÍNICA DE LA VISTA

(This section to be completed by parent/guardian)

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
(Apellido) (Primer) (Segundo)

Dirección _____ Apt #_____ Zona Postal_____ Teléfono _____

Correo Electrónico _____ Escuela_____ Grado_____

He solicitado esta cita porque mi niño(a) ***no tiene seguro para médico de ojos.***

Hemos vivido _____ años en esta ciudad. Hay_____ adultos en el hogar. Hay _____ niños en el hogar.
El ingreso mensual del padre es $_____ de la madre $ _____algún otro $ _____
Ingreso total $_____

El Programa de Enfermería y Bienestar enviará al padre de familia o tutor la fecha de la cita.
Acepto que examinen o traten a mi hijo/hija en las Clínicas del Programa de Enfermería y Bienestar.

_____
Firma del padre de familia o tutor Fecha

(This section to be completed by school nurse)

_____
(Student's Permanent ID#)

Please check appropriate box: ☐**Vision Clinic** ☐**Glasses Only (Rx attached)**

Immediate problem: _____

History and duration of problem: _____

_____

Visual acuity **without glasses:** R_____ L_____ Visual acuity **with glasses** (if applicable): R___ L_____

Have glasses or contacts ever been worn? ☐ Yes ☐ No Date: _____

Treatment to date, including surgery and any other treatments: _____

School progress (include any problems): _____

Has this child ever been seen in any of the school clinics before? _____Date: _____

Health history (circle condition as pertains to this child): Heart Condition, Rheumatic Fever, Kidney Condition, Diabetes, Allergies, Asthma. Other: _____ Medications: _____

Please submit completed forms by one method:
School Mail: *Luisa Monson, Cardinal Lane- Annex B*
Scan to: *Lmonson@sandi.net*
Fax: *858-627-7444*
US Mail: *2351 Cardinal Lane, Annex B*
San Diego, CA 92123
For questions contact Luisa Monson: (858) 627-7589

_____
School Nurse's Signature Date