San Diego Unified
SCHOOL DISTRICT

Programa de Enfermeria y Bienestar

CITA PARA SERVICIOS DE CLÍNICA

(This section to be completed by parent/guardian)

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

Dirección _____ Apt. #____ Zona Postal _____ Teléfono _____

Escuela _____ Grado _____ No. de Salón _____

(Información de ingresos necesaria solamente para clínica de la vista)

He solicitado esta cita porque no puedo pagar por servicios médicos, y 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 Enfermeria y Binestar.

_____
Firma del padre de familia o tutor Fecha

(This section to be completed by nurse)

_____
(Student's Permanent ID#)

Please circle name of clinic desired: VISION HEARING

Immediate problem: _____

History and duration of problem: _____

_____

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 _____

_____

Complete if Referring for Vision Clinic

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

Have glasses ever been worn? _____

Complete if Referring for Otology Clinic

Date of last known audiogram: _____

Please Mail Completed Form to:
Vision & Hearing Program, Wiggin, Rm. 14
Phone: (858) 627-7385; Fax: (858) 627-7384

_____
Nurse's Signature Date