



# Distrito Escolar de Winton

Consejo Gobernante

7000 N Center Street

P.O. Box 8

Winton, CA 95388-0008

(209) 357-6175 Fax: (209) 357-1994

EEO Empleo de Oportunidad de Igualdad

**Corine Dusin, President**

**Marie Gonzales, Clerk**

**Bob Boesch, Member**

**Kathryn Hill, Member**

**Agnes Sietsema, Member**

Superintendente del Distrito

Randall W. Heller

Estimados Padres:

Como es requerido por el Código de Educación de California sección 49452 y sección 2951 del Código Administrativo de California Titulo 17 (Audiencia Publica). A \_\_\_\_\_ se le provee un examen de Audio. Los resultados del examen indican que su hijo/a puede tener problemas de audio. Así es que, le sugiero que sea visto/a por un doctor. Por favor lleve esta carta y los resultados del examen al doctor de su hijo/a para que complete la sección de abajo y regresarla a la escuela.

Sinceramente,

***Diane Cannon***

Diane Cannon, Enfermera del Distrito (209) 357-6585

***Kimberly Sherman***

Directora de Winfield  
(209) 357-6891

***Ka Vang***

Directora de Frank Sparkes  
(209) 357-6180

***Kim Cuthriell***

Directora de Sybil Crookham  
(209) 357-6182

***Kristie Warner***

Directora de Winton Middle  
(209) 357-6189

Adjunto: (Carta al Doctor y audiogramas y/o tímpano grama)

Nombre de Nino/a \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Marque uno:

- (    )        Se le proveerá el reporte al doctor de su hijo/a.
- (    )        Nuestro hijo/a esta recibiendo tratamiento medico para sus problemas de audio u oído.
- (    )        Me gustaría discutir este asunto con la enfermera de la escuela.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nombre de Padres)

\_\_\_\_\_  
(Numero de Teléfono de Padres)

# AUDIOLOGICAL REPORT



Winton School District

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_ MAESTRO/A: \_\_\_\_\_

Frecuencias

500    1000    2000    4000        500    1000    2000    4000

Derecha


Izquierda


Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Su firma autoriza a que su doctor intercambie informacion medica de su hijo/a con su enfermera de la escuela.. Gracias por su cooperacion.

\_\_\_\_\_  
 Firma de Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma de Enfermera de Escuela

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre de Escuela

\_\_\_\_\_  
 Telefono/Fax

\_\_\_\_\_  
 Direccion de Escuela

Dear Doctor,  
 The above named student did not pass the school hearing test. A report of your findings and recommendations would be most helpful. Thank you.

REPORT OF PHYSICIAN TO THE SCHOOL

Diagnosis \_\_\_\_\_

Medical Treatment Prescribed \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Follow-up \_\_\_\_\_

Recommendations and comments \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature of Physician \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_