GEORGIA DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Formulario n.° 4400

Certificado de prueba de detección de escoliosis

Obligatorio para los estudiantes que ingresan a 6.° y 8.° grados.

El formulario se debe llenar en su totalidad y devolverse dentro de los primeros 90 días del inicio de clases.

Nombre del estudiante: _____

Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: __/__/____ Sexo: Masculino __ Femenino __ Grado:____

Dirección del estudiante: _____

Calle Ciudad

_____

Código postal Condado Estado

Nombre de la escuela: _____

Información de contacto del padre o tutor:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____ @ _____

Resultado de la prueba detección de escoliosis (prueba de inclinación de Adams):

Prueba negativa: _____
Necesita una evaluación adicional: _____
Referido al proveedor: _____

Comentarios del examinador:

Prueba realizada por:

Médico: _____ Departamento de Salud del condado: _____
Enfermera escolar licenciada: _____

Información del examinador:

Nombre: _____Dirección del consultorio:_____

Firma: _____ Fecha: __/__/____

Padre o tutor - Llene esta sección solamente si el estudiante No será examinado.

Exclusión voluntaria

____**No quiero que se examine al estudiante para detectar la escoliosis en este momento.**

____**El estudiante antes mencionado está actualmente bajo tratamiento profesional para la escoliosis.**

Firma del padre o tutor legal: _____Fecha:__/__/___
