

EAST PENN SCHOOL DISTRICT

Administration, 800 Pine Street, Emmaus, PA 18049
610-966-8300

Queridos Padres o Guardianes:

La Ley de Salud Escolar de Pennsylvania requiere un examen médico de cada estudiante que ingresa a la escuela por primera vez, sexto y undécimo grado. Tenga en cuenta que el examen para los genitales femeninos no se realizará como parte del examen escolar. El examen de genitales para los hombres, sin embargo, se ocurrirá.

La ley le da la opción de que el doctor de la escuela haga el examen sin costo para usted o el doctor de su familia a su cargo. Porque su doctor de familia tiene un mejor conocimiento del historial físico de su hijo que el doctor de la escuela y está en la mejor posición para recomendar el tratamiento correctivo necesario y administrar las inmunizaciones necesarias, le instamos a que considere que su doctor de la familia haga el examen.

Por favor de completar la sesión abajo de la forma en este momento y entregar a la enfermera de la escuela.

Si elige llevar a su hijo al doctor de familia, el Informe del doctor privado adjunto debe devolverse a la escuela antes del **30 de septiembre del año escolar en el que se debe entregar**. Un examen realizado dentro de un año calendario antes del inicio del año escolar cumplirá con este requisito.

Si el examen físico, tal como lo requiere el Departamento de Salud, no se completa y la prueba se envía a la enfermera de la escuela apropiada, su hijo puede ser excluido de la escuela.

Si elige que el doctor de la escuela realice el examen durante el año escolar, se le informará de cualquier condición que requiera la atención de su doctor de familia.

Sinceramente,

Thomas P Mirabella, Ed.D.
Director de los Servicios de los Estudiantes

(Entregar a la enfermera de la escuela inmediatamente)

Nombre del Niño/a _____

Escuela _____ Grado _____

_____ QUIERO HACER LA EXAMINACION FISICO DE MI NINO/A EN LA OFICINA DEL DOCTOR DE LA FAMILIA. Por favor de firmar la hoja y entregar a la enfermera de la escuela.

Fecha de la examinación físico con el dentista de la familia _____

_____ QUIERO LA EXAMINACION DENTAL DESDE EL DOCTOR DEL DISTRITO Y DOY MI PERMISO POR FIRMANDO ABAJO. Por favor de firmar la hoja y entregar a la enfermera de la escuela.

Firma de los Padres/Guardianes

Fecha

