¡¡¡SEGUNDO AVISO!!!

Fecha: _____

Para el/la padre/madre/tutor:

Su hijo/a, ____ (nombre del/de la hijo/a) _____ **NO APROBÓ** dos exámenes de audición realizados en la escuela. No aprobar los exámenes de audición sugiere que su hijo/a podría tener un problema auditivo.

Se recomienda que su hijo/a acuda a su médico/a para que le realice una evaluación médica y lo/a derive a un/a audiólogo/a para realizar una prueba diagnóstica de audición completa.

Tenga en cuenta que no se recomienda realizar una revisión de audición en el Departamento de Salud o en la oficina del/de la pediatra debido a que no disponen del equipo de diagnóstico audiológico necesario. En este momento se recomienda realizar una prueba de audición completa, una timpanometría y una prueba de emisiones otoacústicas.

Guarde una copia de esta carta en sus archivos y llévela a la próxima cita médica de su hijo/a.

Si tiene alguna pregunta con respecto a este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: _____

Padres/madres: Separen esta sección y devuélvanla al/a la enfermero/a escolar de su hijo/a.

☐ Mi hijo/a tiene una cita para un examen de audición o médico para la siguiente fecha _____.

☐ La audición de mi hijo/a resultó ser normal.

☐ Mi hijo/a está bajo atención médica por una infección de oído.

☐ **Necesito ayuda. Comuníquese conmigo** al _____

(Adjunte una copia de la prueba de audición si se atendió en un establecimiento privado). Audiólogo/a o médico/a _____

Nombre del/de la niño/a _____

Nombre del/de la padre/madre _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono del hogar _____