



**Formulario n.º 4400**  
**Certificado de prueba de detección de escoliosis**

A los estudiantes de dos niveles de grado, que cada distrito escolar determina, se les requiere la prueba de detección de escoliosis.

*Este formulario se debe completar en su totalidad y se debe devolver a la escuela del niño.*

*Este formulario es para que los proveedores lo usen cuando realicen la prueba y no para los eventos masivos de pruebas que se ofrecen en la escuela.*

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 de 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 de: \_\_\_\_\_  
Enfermera escolar licenciada: \_\_\_\_\_

Información del examinador:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Padre o tutor: Complete 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 nombrado arriba está actualmente bajo tratamiento profesional para la escoliosis.

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_