



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: __/__/____