

# DISTRITO UNIFICADO DE LODI

Servicios Especiales / Division de Salud

## RONCHAS/ LESION QUESTIONABLE

Fecha: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Maestra/o: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Querido Padre/Guardian:

Su hijo/a \_\_\_\_\_ Tiene un/as ronchas/ lesiones que son cuestionables y estan localizadas en \_\_\_\_\_. **Estás ronchas/lesiones necesitan ser examinadas por un proveedor/medico para un mejor diagnostico. Estas ronchas/lesiones pueden ser comunes o pueden ser el indicio de una enfermedad grave.** Por favor pida a su proveedor/medico que complete la información abajo. **Su estudiante no podra regresar a la escuela hasta que esta forma sea completada por su proveedor/medico. La puede regresar a la oficina de la escuela.** Si usted tiene preguntas, por favor llame al departamento de Servicios Especiales/ Division de Salud al 331-7075.

Gracias,

### REPORTE DEL DOCTOR PARA LA ESCUELA

Diagnostico \_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_

Contajioso? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ El Estudiante puede regresar a la escuela el \_\_\_\_\_  
(Fecha)

Nombre del Examinador (No letra manuscrita) \_\_\_\_\_

Firma del Examinador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_