Homeroom teacher:_____ Student ID:_____

GEORGIA DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Form #4400

Certificate of Scoliosis Screening

Scoliosis Screening is required for students in two grade levels determined by each school district.
This form must be completed in its entirety and returned to the child's school.
*This form is for use by providers when screening, **not** for mass screening events provided at school.*

Student name: _____
First Middle Last

Date of Birth: _ _ /_ _ /_ _ _ _ Gender: Male___ Female___ Grade: _____

Student Address: _____
Street City

_____
Zip code County State

Name of School: _____

Parent/Guardian Contact information:

Name: _____

Phone number: _____

Email: _____@_____

Scoliosis Screening (Adams Forward Bend Test) Results:

Negative screen: _____
Needs further evaluation: _____
Referred to provider: _____

Screener's Comments:

Screening completed by:
Physician Practice: _____ County Health Department: _____
Licensed School Nurse: _____

Screener Information:
Name: _____ Office Address: _____
Signature: _____ Date: _ _ / _ _ / _ _ _ _

Parent/Guardian – Complete This Portion Only if Student Will Not Be Screened

---

Opt-out

_____I do not want my student to be screened for scoliosis at this time.

_____The student listed above is currently under professional care for scoliosis.

Parent/Guardian's Signature: _____Date: _ _ / _ _ / _ _ _

Homeroom teacher:_____ Student ID:_____

GEORGIA DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Formulario n.° 4400

Certificado de prueba de detección de escoliosis

Obligatorio para los estudiantes que ingresan a 6.° **y** 8.° grados.
El formulario se debe llenar en su totalidad y devolverse dentro de los primeros 90 días del inicio de clases.

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 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: _____
Enfermera escolar licenciada: _____

Información del examinador:

Nombre: _____Dirección del consultorio: _____

Firma: _____ Fecha: _ _ / _ _ / _ _ _ _

Padre o tutor - Llene 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 antes mencionado está actualmente bajo tratamiento profesional para la escoliosis.**

Firma del padre o tutor legal: _____Fecha: _ _ / _ _ / _ _ _
