



HEALTH SERVICES & PROGRAMS

POMONA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

800 S Garey Avenue, P.O. Box 2900, Pomona, California 91766 Phone: (909) 397-4648, ext. 28352

RESPUESTA DE PADRES PARA UNA REFERENCIA DE LA VISION

FAVOR DE COMPLETAR Y REGRESAR ESTA FORMA A LA ENFERMERA ESCOLAR
INMEDIATAMENTE

NOMBRE DE ALUMNO: _____ GRADO: _____

Marque uno:

_____ Tengo seguro de vista para mi niño(a) y voy hacerle una cita con:

Nombre del Oculista

Dirección

_____ Necesito ayuda para localizer un oculista.

_____ No tengo seguro de vista y estoy pidiendo ayuda financiera para conseguir un exámen de los ojos.

Para ayuda inmediata favor de llamar la enfermera escolar al 397-_____.

Firma de Padre _____ Fecha _____

Número Telefónico del Padre _____
Casa Trabajo

Gracias por su atención a este asunto importante.

SECTION 7