

**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Medical Services Division**

REPORT OF EAR, NOSE, AND THROAT OBSERVATION

School

Student Name _____

Date _____

Dear Parent or Guardian:

On observation, your child appears to have need for an ear, nose and throat examination. We urge you to give this your prompt attention. If you desire additional information, or if you are unable to arrange such care, assistance may be obtained by consulting the school nurse.

School Nurse

Principal

The school nurse is at school on _____

Telephone

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
División de Servicios Médicos**

NOTICIA DE EXAMEN DE OÍDO, NARIZ y GARGANTA

Escuela

Nombre del Estudiante _____

Fecha _____

Estimado Padre o Guardián:

Observación de su hijo(a) indica que necesita una examinación de oído, nariz y garganta. Se le urge su atención inmediata a este caso. Si desea más información, o si no le es posible hacer arreglos para esto, puede recibir asistencia consultando el enfermero(a) escolar.

Enfermero(a) Escolar

Director(a)

El enfermero(a) escolar estará en la escuela _____

Teléfono