

## MILTON MIDDLE SCHOOL

700 Mahoning Street  
Milton, PA 17847

Dear Parent or Guardian:

State law requires your child to be checked for scoliosis (abnormal curvature of the spine) in 7<sup>th</sup> grade. You can have this done by your family physician at your expense and have him/her fill out the bottom of this form and return it to the school nurse. If you would prefer this can be done by the school nurse at no cost to you. Students are required to undress from the waist up. Girls are encouraged to wear sports bras and will be checked separately from the boys.

If you wish your child to be screened by the school nurse please sign the consent form below and return it to the school nurse as soon as possible. Please feel free to call me at 742-7611 if you have any questions.

Thank you for your cooperation.

*Lois Buck, RN.*

Lois Buck, RN  
School Nurse

Student's name \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ I give permission for my child to be screened for scoliosis by the school nurse.

\_\_\_\_\_ I will have my child screened by my family physician and send a report to the school nurse.

Parent's signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### PHYSICIAN'S FINDINGS

#### EXAMINATION (Please check)

- Scoliosis confirmed. XRay taken  
Degree of curve (specify) \_\_\_\_\_
- Possible scoliosis. No XRay taken.
- No scoliosis. XRay taken.
- No scoliosis. No XRay taken.
- Other orthopedic conditions confirmed.

Physician Signature \_\_\_\_\_

Physician (print) \_\_\_\_\_

#### RECOMMENDATIONS (Please check)

- Will observe.
- Recommend bracing.
- Recommend surgery.
- Discharged.

ESCUELA DE EDUCACIÓN MEDIA DE MILTON  
700 Mahoning Street  
Milton, PA 17847

Querido Padre de Familia o Guardián:

Las leyes estatales requieren que en séptimo año su hijo(a) sea examinado por escoliosis (curvatura anormal de la espina dorsal). Usted puede realizar a su propio costo la evaluación médica por medio de su doctor de familia y hacer que el/ella complete el final de este formulario para luego ser entregado a la enfermera de la escuela. Si usted prefiere este examen puede ser realizado por la enfermera de la escuela, sin costo alguno. Se requiere que los estudiantes se desvestan de la cintura para arriba. Se recomienda que las estudiantes usen brasier de hacer ejercicios y las mujeres y hombres serán evaluados de manera separada.

Si usted desea que su niño(a) sea examinado(a) por la enfermera de la escuela, por favor firme el formulario de consentimiento de abajo y devuélvalo a la enfermera de la escuela lo más pronto posible. Por favor no dude en llamarme si tiene alguna pregunta al 742-7611.

Gracias por su colaboración.



Lois Buck, RN  
Enfermera de la Escuela

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Yo doy permiso a la enfermero de la escuela para que examine a mi hijo(a) por escoliosis.

\_\_\_\_ Yo haré que mi hijo(a) sea examinado por el doctor de familia y enviaré el reporte a la enfermera de la escuela.

Firma del padre de familia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

RESULTADOS MÉDICOS

EXAMEN (por favor señale)

- Escoliosis confirmada. Rayos x tomados  
Grado de la curvatura (especifique) \_\_\_\_\_
- Posible escoliosis. Rayos x fueron tomados.
- No escoliosis. Rayos x fueron tomados.
- No escoliosis. Rayos x no fueron tomados.
- Otras condiciones ortopédicas fueron confirmadas

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Médico (letra de molde) \_\_\_\_\_

RECOMENDACIONES (por favor señale)

- Será observado
- Se recomienda abrazadera
- Se recomienda cirugía