AVISO PARA LOS PADRES DE RE-EVALUACIÓN MÉDICA / DENTAL O RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Nombre del Niño(a): _____

1. _____ **Su niño(a) ha sid re-examinado para:** _____

_____

y los resultados son: _____

_____

Comentarios (si hay): _____

2. _____ **Su niño(a) ha sido evaluado para:** _____

_____

y los resultados son: _____

_____

Comentarios (si hay): _____

3. _____ **Su niño(a) ha completado el tratamiento para:** _____

_____

Comentarios (si hay): _____

_____

_____ _____

Firma del Personal de Head Start **Fecha**

Complete y envíe a los padres dentro de 3 días de cada procedimiento o cuando los resultados se reciban