Hearing Conservation & Audiology Services
5100 Adolfo Road, Camarillo, CA 93012
805-437-1380 • FAX: 805-389-4297

VENTURA COUNTY OFFICE OF EDUCATION
Stanley C. Mantooth, County Superintendent of Schools

Hearing Screening Parent Letter

Date: _____

Dear Parents / Guardian:

_____ participated in state mandated hearing screening at school.

☐ **Hearing screening results are outside normal limits**: ☐ Right ear ☐ Left ear

☐ **Medical/audiological evaluation is recommended.** We suggest that you make an appointment with your child's physician. Take this form and the attached physician report with you to the appointment. Return the completed physician's report to your school nurse.

☐ **Results are consistent with previous testing**. Call your doctor if you have concerns about your child's hearing.

☐ **Inconclusive test results**. Call your doctor if you have concerns about your child's hearing.

☐ **Absent.** Call your doctor if you have concerns about your child's hearing.

☐ **Student preferred not to be tested today**. Call your doctor if you have concerns about your child's hearing.

Comments:

_____

_____

We will periodically monitor your child's hearing in future years at school. Call Hearing Conservation at (805) 437-1380 or your school nurse if you have any questions.

_____
Leslie Comstock, Director
VCOE Hearing Conservation

_____
School Nurse

Telephone: _____

School hearing screening is conducted as required by Section 49452 and 76452 of the California Education Code and pursuant to section 2951, California Administrative Code, Title 17.

Hearing Conservation & Audiology Services
5100 Adolfo Road, Camarillo, CA 93012
805-437-1380 • FAX: 805-389-4297

VENTURA COUNTY OFFICE OF EDUCATION
Stanley C. Mantooth, County Superintendent of Schools

Fecha: _____

Estimados Padres / Tutores:

_____ participo en una evaluación auditiva como lo exige el Código Educativo de California.

☐ **Los resultados de la evaluación auditiva caen fuera de los límites normales**: ☐ Oído Derecho ☐ Oído Izquierdo

☐ **Se recomienda una evaluación médica**. Recomendamos que Uds. hagan una cita con el médico de su hijo(a). Lleve esta forma y el reporte adjunto a la cita con el médico y entregue el reporte completo del médico a la enfermera de la escuela.

☐ **Los resultados de las evaluaciones son consistentes con las evaluaciones anteriores**. Llame a su médico si tiene alguna preocupación acerca habilidades de audición de su hijo(a).

☐ **Los resultados son inclusos** Llame a su médico si tiene alguna preocupación acerca habilidades de audición de su hijo(a).

☐ **Ausente**. Llame a su médico si tiene alguna preocupación acerca habilidades de audición de su hijo(a).

☐ **Estudiante prefirió no ser evaluado hoy**. Llame a su médico si tiene alguna preocupación acerca habilidades de audición de su hijo(a).

Comentarios: _____

_____

Estaremos monitoreando las habilidades auditivas de su hijo(a) en años futuros en su escuela. Lame al departamento de Conservación Auditiva al 805-437-1380 o a la enfermera de su escuela si tiene cualquier pregunta.

_____ _____

Leslie Comstock, Directora
Conservación Auditiva y Servicios Audiológicos

Enfermera de la Escuela
Teléfono: _____

La evaluación auditiva se conduce como es requerida por las Secciones 49452 y 76452 del Código de Educación de California y de acuerdo con la sección 2951 del Código Administrativo de California, Titulo, 17.