|  |  |
| --- | --- |
| *Vocational Rehabilitation ● Early Intervention ● Special Education ● Here We Grow Learning Center*   |  | | --- | | **PRESCRIPCIÓN DEL MÉDICO PARA LA TERAPIA FISICA** | |

*\_\_\_\_\_\_\_* ***Complete solamente si su niño recibe terapia física en escuela***

**AÑO ESCOLAR**

**2018 - 2019**

**TERAPIA FÍSICA** es una parte integral de nuestros programas de la escuela.  Según el código administrativo de New Jersey, en la orden para que su niño reciba este servicio en la escuela, la prescripción de un doctor es necesaria **cada nuevo año escolar que comienza en julio**.  Por favor lleve o envíe esta forma el médico de su niño(a) y devuelva a la escuela.  Su niño no puede comenzar terapia hasta que esta forma es firmada por un médico.  Gracias por su cooperación.

===============================================================================================

**{ Ser terminado por el médico}:**

**PRESCRIPCIÓN FÍSICA DE LA TERAPIA**

Estimado médico:

Llene el formulario por favor abajo, así que este niño puede comenzar a recibir terapia física.  Una copia de las metas de la evaluación y del tratamiento será remitida sobre la terminación.

Nombre del estudiante:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnosis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ortopédico o

contraindicaciones médicas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pertinente

información médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo doy por este medio mi aprobación para que el estudiante arriba nombrado reciba terapia física.

Firma del médico:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_07/01/2018\_\_\_\_\_

Fecha

Nombre del médico IMPRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Número de teléfono)

1145 Delsea Drive Westville Grove, NJ 08093  
Web: www.sjogcs.org Tel: (856) 848-4700 TTY: (856) 848-4598 General Fax: (856) 384-1512 School Fax: (856) 848-3965  
*The Hospitaller Order of St. John of God is an international nonprofit, serving those in need in 5 continents and 53 countries.*