

**APÉNDICE - SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DEL ESTUDIANTE
INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE**

Parte I: PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE/TUTOR	
Nombre del estudiante:	Año escolar de transferencia solicitado:
Dirección del estudiante:	
Escuela asignada:	Escuela solicitada:
Parte II: PARA SER COMPLETADO POR UN MÉDICO, PSICÓLOGO CLÍNICO LICENCIADO O PSIQUIÁTRA	
El estudiante cuyo nombre aparece arriba ha solicitado una transferencia de escuela con base en un motivo físico o psicológico. Para ayudar al personal a tomar una determinación, por favor, responda las siguientes preguntas según aplique a este estudiante, y proporcione suficientes detalles para que el personal pueda tomar una decisión. No se considerará una transferencia por motivos médicos a menos que este formulario acompañe a la solicitud de transferencia.	
Razón de la consulta original:	Fecha de la consulta:
Diagnóstico actual (por favor, use diagnóstico que se ajuste a los códigos DSM o CPT).	
Plan de tratamiento y pronóstico:	
¿Cómo la transferencia a la mencionada escuela ayudaría al estudiante y a usted en la consecución de sus objetivos de tratamiento?	
Nombre del profesional médico que llena este formulario:	
Dirección:	
Número telefónico:	Número de fax:
Firma:	Fecha:
¿Ha firmado el padre, la madre o el tutor una autorización para que usted consulte al personal de la Oficina de Servicios Estudiantiles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	