

**ANEXO A LA SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DEL ESTUDIANTE  
INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE**

<b>Parte I: PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE/TUTOR</b>	
Nombre del estudiante:	Año escolar de transferencia solicitado:
Dirección del estudiante:	
Escuela asignada:	Escuela solicitada:
<b>Parte II: PARA SER COMPLETADO POR UN MÉDICO, PSICÓLOGO CLÍNICO LICENCIADO O PSIQUIÁTRA</b>	
El estudiante cuyo nombre aparece arriba ha solicitado una transferencia de escuela con base en un motivo físico o psicológico. Por favor, ayude al personal a <u>tomar una decisión</u> completando las siguientes preguntas según corresponda a este estudiante, proporcionando suficientes detalles para que el personal pueda <u>tomar una decisión</u> . No se considerará una transferencia por <u>motivos médicos</u> a menos que este formulario acompañe a la solicitud de transferencia.	
Razón de la referencia original:	Fecha de la referencia:
Diagnóstico actual (por favor, use el diagnóstico que se ajusta a los códigos DSM o CPT).	
Plan de tratamiento y pronóstico:	
¿De qué manera la transferencia a la escuela solicitada anteriormente ayudaría al estudiante y a usted a alcanzar 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 con el personal de la oficina de Servicios Estudiantiles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	