

**ANEXO A LA SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DEL ESTUDIANTE
INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD 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 PSQUIÁTRA

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 remisión original:

Fecha de la remisión:

Diagnóstico actual (por favor, use el diagnóstico que se ajuste a los códigos DSM o CPT).

Plan de tratamiento y pronóstico:

¿De qué manera el traslado 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 al personal de la Oficina de Servicios Estudiantiles? Sí No