

**STUDENT TRANSFER REQUEST ADDENDUM
STUDENT HEALTH INFORMATION**

Part I: TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN	
Student Name:	School Year of Transfer Request:
Student Address:	
Assigned School:	Requested School:
Part II: TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN, LICENSED CLINICAL PSYCHOLOGIST, OR PSYCHIATRIST	
<p>The above-named student has requested a transfer of schools based on a physical or psychological reason. Please assist staff in making a determination by completing the questions below as applicable to this student, providing sufficient details to allow staff to make a decision. A medically-related transfer shall not be considered unless this form accompanies the transfer request.</p>	
Reason for Original Referral:	Date of Referral:
Current Diagnosis (please use diagnosis applicable to DSM or CPT codes):	
Treatment Plan and Prognosis:	
How would a transfer to the aforementioned requested school assist the student and you in working towards your treatment goals?	
Name of Medical Professional Completing this Form:	
Address:	
Telephone Number:	Fax Number:
Signature:	Date:
Has the parent signed a release for you to consult with Office of Student Services Staff? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

ضمیمه درخواست انتقال شاگرد
معلومات صحی (سلامت) شاگرد

بخش اول: باید توسط والد/سرپرست تکمیل شود

نام شاگرد:	سال تعلیمی درخواست انتقال:
آدرس شاگرد:	
مکتب تعیین شده:	مکتب درخواست شده:

بخش دوم: باید توسط پزشک، روانشناس بالینی مجاز یا روانپزشک تکمیل شود

شاگرد نامبرده بالا به دلیل شرایط جسمی یا روانی درخواست انتقال به مکتب دیگری را نموده است. لطفاً با تکمیل نمودن پرسش‌های ذیل، در صورت قابل تطبیق بر این شاگرد، به کارمندان جهت اتخاذ تصمیم کمک نمایید و جزئیات کافی فراهم کنید تا کارمندان بتوانند تصمیم‌گیری نمایند. درخواست انتقال مربوط به دلایل طبی و پزشکی تنها زمانی مورد بررسی قرار می‌گیرد که این فورم (فرم) همراه با درخواست انتقال ارسال شده باشد.

دلیل ارجاع اولیه:	تاریخ ارجاع:
-------------------	--------------

تشخیص فعلی (لطفاً از تشخیص‌هایی استفاده کنید که مطابق با کدهای DSM یا CPT باشند):

طرح معالجه و پیش‌آگهی (پیش‌بینی بیماری):

انتقال به مکتب ذکر شده مورد درخواست چگونه می‌تواند به شاگرد و شما در پیشبرد اهداف درمائی‌تان کمک کند؟

نام متخصص پزشکی (صحی) که این فرم را تکمیل می‌کند:

نشانی:

شماره تلفن:

شماره فکس:

امضا:

تاریخ:

ایا والد سند رضایت‌نامه را امضا کرده است تا شما بتوانید با کارمندان دفتر خدمات شاگردان مشوره کنید؟ بله خیر