

**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	

학생 전학 요청 추가 사항 학생 건강 정보

파트 I: 학부모/보호자가 작성하기 바랍니다	
학생 이름:	전학을 요청한 학년도:
학생 주소:	
배정된 학교:	요청 학교:
파트 II: 의사, 면허 소지 임상 심리학자 또는 정신과 의사가 작성하기 바랍니다	
<p>상기 학생은 신체적 또는 심리적 이유에 근거하여 학교 전학을 요청하였습니다. 학생에게 적용될 수 있도록 하단의 질문에 충분하고 자세한 내용을 제공함으로써 직원에게 도움을 주기 바랍니다. 의학적으로 관련된 전학은 전학 요청 시에 이 양식을 동반하지 않으면 고려되지 않습니다.</p>	
추천의 근본 사유:	추천 일자:
현재 진단 내용 (정신적 장애 진단 통계 설명서(DSM) 또는 최신 절차 용어(CPT) 코드가 적용되는 진단을 사용하기 바랍니다):	
치료 계획 및 예후	
상기 요청한 학교로의 전학은 학생을 어떻게 도울 수 있으며 귀하는 치료 목표를 위해 어떻게 도울 수 있습니까?	
이 양식을 작성한 전문 의료인 이름:	
주소:	
전화번호:	팩스번호:
서명:	날짜:
학부모는 학생 서비스 사무처 직원과의 논의를 위해 공개 양식에 서명하였습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	