

**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

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.

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? Yes No

**ANEXO A LA SOLICITUD DE TRASLADO DEL ESTUDIANTE
INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE**

Parte I: PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE/TUTOR	
Nombre del estudiante:	Año escolar de solicitud de transferencia:
Dirección del estudiante:	
Escuela asignada:	Escuela solicitada:
Parte II: DEBE SER COMPLETADA POR UN MÉDICO, PSICÓLOGO CLÍNICO LICENCIADO O PSQUIÁTRA	
El estudiante mencionado anteriormente ha solicitado un traslado de escuela por motivos físicos o psicológicos. 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 referencia original:	Fecha de la referencia:
Diagnóstico actual (utilice el diagnóstico aplicable 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/madre/tutor una autorización para que usted consulte con el personal de la oficina de Servicios Estudiantiles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	