

**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	

سٹوڈنٹ کے تبادلے کی درخواست کا ضمیمہ
سٹوڈنٹ کی صحت کی معلومات

حصہ I: پیرنٹ/سرپرست مکمل کریں گے

سٹوڈنٹ کا نام:	تبادلے کی درخواست کا تعلیمی سال:
سٹوڈنٹ کا پتہ:	
تفویض کردہ سکول:	درخواست کیا گیا سکول:

حصہ II: ڈاکٹر، لانسنس یافتہ کلینیکل سائیکالوجسٹ یا سائیکائٹرسٹ پر کرے گا

اوپر بیان کیے گئے سٹوڈنٹ نے جسمانی یا نفسیاتی وجہ کی بنیاد پر تبادلے کی درخواست کی ہے۔ اس سٹوڈنٹ پر لاگو ہونے کے سلسلے میں درج ذیل سوالات کے جوابات دے کر اور کافی تفصیلات مہیا کر کے براہ مہربانی سٹاف کو تعین کرنے میں مدد دیں تاکہ وہ فیصلہ کر سکیں۔ طبی بنیاد پر تبادلے پر اس وقت تک غور نہیں کی جائے گا جب تک تبادلے کی درخواست کے ساتھ یہ فارم شامل نہیں ہو گا۔	
اصل ریفرل کی وجہ:	درخواست کی تاریخ:

موجودہ تشخیص (براہ مہربانی تشخیصی قابل اطلاق DSM یا CPT کوڈ استعمال کریں)

علاج کا منصوبہ اور بہتری کی صورتحال:

پہلے بیان کیے گئے درخواست کردہ سکول میں تبادلہ کس طرح سٹوڈنٹ کی مدد کرے گا اور آپ کے علاج کے مقاصد کو حاصل کرنے میں کیسے کام کرے گا؟

اس فارم کو مکمل کرنے والے پیشہ ور ڈاکٹر کا نام:

پتہ:

ٹیلی فون نمبر:

فیکس نمبر:

دستخط:

تاریخ:

کیا پیرنٹ نے اجازت نامے پر دستخط کیے ہیں کہ آپ دفتر برائے سٹوڈنٹس سروسز سے رابطہ کر سکتے ہیں؟ جی ہاں جی نہیں