

**STUDENT TRANSFER REQUEST ADDENDUM  
STUDENT HEALTH INFORMATION**

<b>Part I: TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN</b>	
Student Name:	School Year of Transfer Request:
Student Address:	
Assigned School:	Requested School:
<b>Part II: TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN, LICENSED CLINICAL PSYCHOLOGIST, OR PSYCHIATRIST</b>	
<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	

**PHỤ LỤC YÊU CẦU CHUYỂN TRƯỜNG  
THÔNG TIN SỨC KHỎE HỌC SINH**

<b>Phần I: DO PHỤ HUYNH / NGƯỜI GIÁM HỘ HOÀN THÀNH</b>	
Tên học sinh:	Năm học yêu cầu chuyển trường:
Địa chỉ học sinh:	
Trường được phân tuyến:	Trường học yêu cầu:
<b>Phần II. DO BÁC SĨ, NHÀ TÂM LÝ LÂM SÀNG ĐƯỢC CẤP PHÉP HOẶC BÁC SĨ TÂM THẦN HOÀN THÀNH</b>	
<p>Học sinh nêu trên đã yêu cầu chuyển trường dựa trên lý do thể chất hoặc tâm lý. Vui lòng hỗ trợ nhân viên nhà trường đưa ra quyết định bằng cách hoàn thành các câu hỏi dưới đây (nếu áp dụng đối với học sinh này), đồng thời cung cấp đủ chi tiết để nhân viên có thể đưa ra quyết định. Yêu cầu chuyển trường liên quan đến lý do y tế sẽ không được xem xét nếu không có mẫu đơn này kèm theo hồ sơ.</p>	
Lý do giới thiệu ban đầu:	Ngày giới thiệu:
Chẩn đoán hiện tại (vui lòng dùng chẩn đoán phù hợp với mã số DSM hoặc CPT).	
Kế hoạch điều trị và tiên lượng:	
Việc chuyển sang trường được yêu cầu sẽ hỗ trợ học sinh và quý vị như thế nào trong việc đạt được các mục tiêu điều trị?	
Tên chuyên gia y tế hoàn thành mẫu đơn:	
Địa chỉ:	
Số điện thoại:	Số Fax:
Chữ ký:	Ngày:
Phụ huynh đã ký giấy cho phép quý vị trao đổi với Văn phòng Dịch vụ Học sinh chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	