



Formulario de Referencia para Asesoría

Fecha de la Referencia: _____ Persona que Hace la Referencia: _____
Relación con el estudiante: _____ Información de Contacto: _____

Información del Estudiante

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F
Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Correo Electrónico: _____ Lenguaje Primario: _____
Nombre del Padre/Madre/Guardian: _____ Teléfono: _____
Nombre de la Escuela: _____ Grado Escolar: _____
Maestro/a: _____ Número de Teléfono de la Escuela: _____
¿Esta recibiendo este estudiante servicios de educación especial? Si No (adjuntar copia de IEP)

Razones para la Referencia para Asesoría

Presente sus preocupaciones (Por favor dé ejemplos de frases, observaciones o comportamiento que lo ha llevado a hacer esta referencia.)

Metas de la Asesoría (¿Cuales son unas de las metas que le gustaría cumplir a través de los servicios de asesoramiento?)

Fortalezas (Por favor liste las fortalezas de este niño/a y su familia.)

Intervenciones Previas (Se ha tratado de hacer algo para resolver esta preocupación (es)? Por favor lístelo aquí)

Tipo de Fondos

AHCCCS AHCCCS ID #: _____
 Otro tipo de seguro Sin cobertura medica

Consentimiento del Padre/Madre o Guardian

Yo, como padre/tutor de este niño/a, doy mi consentimiento para hacer esta referencia para asesoría. Yo, como empleado de la
 escuela, he discutido mis preocupaciones con el padre/tutor y se ha dado permiso verbal para hacer esta referencia para asesoría.

Firmas

Padre/Madre/Guardian
 Empleado de la Escuela

Firma Fecha

Porfavor mande esta solicitud al correo electrónico: childrensdepartment@terroshealth.org