**Solicitud de Derivación – Apoyo Psicoeducativo**

IMPORTANTE: La solicitud, debidamente completada, debe ser enviada a serviciomedico.dae@pucv.cl

**Datos del estudiante:**

**NOMBRE CARRERA**

**RUT**

**MAIL TELÉFONO**

**DERIVACIÓN SOLICITADA** *(Marque con una cruz)*

|  |  |
| --- | --- |
| ATENCIÓN PSICOLÓGICA, PSIQUIÁTRICA, PSICOPEDAGÓGICA Y/O DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL |  |
| ASISTENTE SOCIAL |  |

OBSERVACIONES (Antecedentes  *relevantes* *para la atención psicoeducativa*)

nformática, antecedentes de depresión y crisis de pánico, que viene desde Santiago, y requiere atención de un especialista para continuar su tratamiento. Presenta antecedentes e informes médicos de derivación.

.

**Datos de la Persona Responsable de la Derivación:**

**MARQUE CON UNA CRUZ QUIEN REALIZA LA DERIVACION FECHA DE DERIVACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| DIRECTOR(A) O JEFE(A) DE DOCENCIA  |  |
| TUTOR ACADÉMICO |  |
| ASISTENTE SOCIAL |  |
| OTRO (INDICAR) |  |

**NOMBRE TELÉFONO**

**MAIL**