



INFORME DE DERIVACIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO AL CENTRO DE SALUD



Este Documento es **CONFIDENCIAL**

Lo entregarán los padres o tutores legales del alumno o alumna personalmente en el Centro de Salud a su Médico Pediatra de referencia

CENTRO DE SALUD

DIRECTOR O DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD
A LA ATENCIÓN DEL MÉDICO-PEDIATRA

EOE / DO:

FECHA:

ASUNTO: **Solicitando información sobre un alumno o alumna a Salud**

DATOS DEL ORIENTADOR/A O MÉDICO, CENTRO EDUCATIVO Y ALUMNO/A

ORIENTADOR/A:	MÉDICO:
DEL CENTRO EDUCATIVO: Responsable de la valoración de las necesidades educativas del	
ALUMNO/A:	FECHA DE NACIMIENTO:

tras entrevista con su Familia y con su Profesor/a - Tutor/a, ha detectado lo siguiente:

Por ello, con el conocimiento y el consentimiento de la familia del menor, **solicitamos su valoración clínica**, para organizar la mejor respuesta educativa.

Sin otro particular y quedando a su disposición.

Atentamente.

LUGAR, FECHA, SELLO Y FIRMA

En _____ a _____ de _____ de 20 ____		
EL	TELÉFONO DE CONTACTO:	DÍA:
Fdo.: _____	E-MAIL:	

DATOS PADRE-MADRE/TUTOR-A LEGAL

Don/Doña:	DNI:
AUTORIZO: El intercambio de datos relativos a mi hijo/a entre los profesionales de Salud y Educación responsables de su atención	
En _____ a _____ de _____ de 20 ____	
(Firma)	

