



# INFORME DE DERIVACIÓN DEL CENTRO DE SALUD

AL CENTRO EDUCATIVO



Centro de Salud

Este Documento es **CONFIDENCIAL**

Lo entregarán los padres o tutores legales del alumno o alumna personalmente en el Centro Educativo al Director-a del mismo para su entrega al Orientador-a

## CENTRO EDUCATIVO

COORDINADOR O COORDINADORA DEL EOE /  
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN  
A LA ATENCIÓN DEL ORIENTADOR U ORIENTADORA

CENTRO DE SALUD:

FECHA:

ASUNTO: **Solicitando Coordinación para caso de menor a Educación**

### DATOS DEL MÉDICO PEDIATRA Y ALUMNO/A

MÉDICO PEDIATRA:

responsable de la atención sanitaria

DEL MENOR:

FECHA DE NACIMIENTO:

tras la exploración de mismo, ha detectado la siguiente sintomatología /o diagnóstica:

Por ello, con el conocimiento y el consentimiento de la Familia del mismo, **solicitamos la valoración de las necesidades educativas que se estimen procedentes**, lo que creemos arrojará luz para organizar una mejor respuesta al caso.

Sin otro particular y quedando a su disposición.

Atentamente.

### LUGAR, FECHA, SELLO Y FIRMA

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

EL MÉDICO PEDIATRA DE REFERENCIA

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)

