



CANALIZACIÓN INTERNA/EXTERNA

DATOS DEL PLANTEL EDUCATIVO			
Nombre:		CCT	
Domicilio:		Turno:	
Teléfono		Correo electrónico:	

DATOS DE LA O EL ESTUDIANTE			
Nombre:		Edad:	
Género:		Grado:	
		Grupo:	
		Turno:	

ÁREA/SERVICIO	MOTIVO DE CANALIZACIÓN
<input type="checkbox"/> Servicios médicos	
<input type="checkbox"/> Atención psicológica	
<input type="checkbox"/> Atención académica	
<input type="checkbox"/> Servicios de paidopsiquiatría	
<input type="checkbox"/> Policía Cibernética	
<input type="checkbox"/> Otro:	

Persona que canaliza:	Fecha:
-----------------------	--------

ESPACIO A UTILIZAR POR EL ÁREA DE CANALIZACIÓN

ÁREA/SERVICIO	DESCRIBA BREVEMENTE LA ATENCIÓN OTORGADA
Tipo de servicio:	
Fecha de atención:	
Fecha de próxima cita:	
Observaciones:	

