



Solicitud De Servicios Especiales

**Centro Asistencial De Desarrollo Infantil
Área De Psicología**

Fecha: _____

Dirigido a: _____

Atención requerida: _____

Nombre del menor: _____

Edad: _____

Antecedentes del caso: _____

VoBo DIRECTORA DEL CADI

AREA DE PSICOLOGIA

FIRMA DEL PADRE O TUTOR



Contra Referencia

Centro Asistencial De Desarrollo Infantil

Área De Psicología

Fecha: _____

Nombre:

Institución que remite

Atención Brindada:

Diagnóstico:

Instrucciones y sugerencias para la atención a la familia:

Observaciones:

NOMBRE Y FIRMA

Instructivo de llenado:

Solicitud de servicios especiales

1. Emplear en caso de canalización o derivación a especialidades
2. Fecha de la derivación
3. A quién va dirigido; institución a quien se solicita el servicio o persona responsable del mismo
4. Atención requerida; el servicio que se solicita, psicoterapia, valoración psicológica, etc.
5. Nombre y edad del becario que requiere el servicio
6. Antecedentes del caso; descripción breve de las conductas presentadas
7. Firma beneficiario, dirección y psicología
8. El formato de contra referencia, se entrega a la institución o especialista a quien se deriva para su llenado y posterior entrega al responsable de psicología del CADI