

Movimiento de Grupo a Padres de Familia
Clínica de Atención Especial

Fecha: _____ Clínica: _____

Número de Expediente: _____

Nombre del Padre, Madre o Tutor: _____

ID DIF: _____

Nombre de la Niña/o: _____

A quien corresponda:

Por medio de la presente, informo a Usted el (la) _____ del grupo de orientación a padres,

Observaciones y sugerencias:

Atentamente.

Lic. Psic. _____

Responsable del grupo.

