

**FORMA DE REFERENCIA
CONFIDENCIAL PARA CONSEJERA**

Prioridad: Baja
 Alta
 Urgente

Nombre Estudiante (Apellido, Nombre): _____ Grado: _____

Referido por (Nombre): _____ Fecha: _____

Contacto # (1): _____ Contacto # (2): _____

Referido a (Consejero): _____

Razon(es) para referencia:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cambio drastico comportamiento | <input type="checkbox"/> Aislado | <input type="checkbox"/> Irrespetuoso |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones | <input type="checkbox"/> Auto imagen/Confianza | <input type="checkbox"/> Desafiante |
| <input type="checkbox"/> Duelo | <input type="checkbox"/> Nervioso/Ancioso | <input type="checkbox"/> Auto Dañarse |
| <input type="checkbox"/> Triste | <input type="checkbox"/> Perfeccionista | <input type="checkbox"/> Impulsivo |
| <input type="checkbox"/> Siempre Cansado | <input type="checkbox"/> Agression/Enojado | <input type="checkbox"/> Robar |
| <input type="checkbox"/> Motivacion | <input type="checkbox"/> Pelear | <input type="checkbox"/> Destruccion de propiedad |
| <input type="checkbox"/> Inatentivo | <input type="checkbox"/> Mentir | <input type="checkbox"/> Exponiendose Sexualmente |
| <input type="checkbox"/> Bullying | <input type="checkbox"/> Victima | <input type="checkbox"/> Peer relationships |
| <input type="checkbox"/> Socializar | <input type="checkbox"/> Higiene Personal | <input type="checkbox"/> Preocupacion Familiar |
| <input type="checkbox"/> Academicos | <input type="checkbox"/> Organizacion | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Acciones tomadas por persona refiriendo a estudiante: (Please attach copies of any interventions attempted):

Ha contactado al maestro/a referente a su preocupacion? S/N : _____

Que resultado tuvo contactar el maestro/a? _____

Comentarios de Consejero/a:

Fecha Visto/a: _____ Padre contactado : _____ Referido a: _____