

Derivación al consejero/psicólogo escolar

Del Equipo de Aprendizaje y Apoyo

Notificación de privacidad: Se solicita esta información para ayudar al personal de consejería (counselling) escolar a brindar apoyo a su niño. Suministrar esta información es voluntario, y se almacenará de forma segura. La información recopilada y los resultados de la evaluación pueden, si corresponde, suministrarse a otros miembros del personal de la escuela que son parte del apoyo al niño. Puede corregir la información personal proporcionada en cualquier momento comunicándose con el miembro del personal de consejería de la escuela.

Comuníquese con la escuela si desea ayuda para llenar este formulario. Si necesita la asistencia de un intérprete para comunicarse con la escuela, llame al 131 450, dígame qué idioma necesita y pídale al operador que llame a la escuela. El operador pondrá un intérprete en la línea para ayudarlo con la conversación. No se le cobrará por este servicio.

Name of student Nombre de estudiante

Name of school Nombre de la escuela

Date of birth
Fecha de nacimiento

Date of referral
Fecha de la derivación

El padre o tutor debe completar en inglés la información a continuación; agregue una página si el espacio no es suficiente.

Motivo de la derivación/inquietudes de los padres Reason for referral/parent's concerns

Historia médica/de desarrollo Developmental/medical history

Por ejemplo, ¿ha tenido inquietudes sobre el habla, lenguaje o desarrollo motor de su niño? ¿Ha tenido el niño alguna enfermedad importante?

Evaluaciones anteriores Previous assessments

Por ejemplo, por médico, psicólogo, terapeuta del lenguaje (indique quién brindó la evaluación y adjunte informes si es posible).

Más información More information

¿Hay algo más que le gustaría hacerle saber al consejero/psicólogo escolar?

¿Qué espera que suceda una vez que el consejero/psicólogo escolar haya visto a su niño?

What do you hope will happen as a result of the school counsellor/school psychologist seeing your child?

He leído la Notificación de Privacidad y doy permiso para que el consejero/psicólogo escolar:

| | | | |
|---|-----|----|-----------------------------|
| Lleve a cabo la evaluación y asesoramiento según sea necesario | Sí | No | |
| Carry out assessment and counselling as required | Yes | No | |
| Se ponga en contacto con los autores de los informes que he proporcionado | Sí | No | Informes de Reports from |
| Contact the authors of the reports I have provided | Yes | No | |
| Intercambie información con estas agencias | Sí | No | |
| Exchange information with these agencies | Yes | No | |

Firma del padre/tutor Fecha
Signature of parent/carer Date