



**HOJA DE REFERIDO A SERVICIOS PSICOLÓGICOS
(INFORMACIÓN CONFIDENCIAL)**

Fecha: _____

Nombre del/la estudiante: _____

Número de estudiante: _____ Teléfono: _____

Colegio académico: _____ Dirección postal: _____

Correo electrónico: _____

Situación por la que se refiere: _____

Comentarios: _____

El/La estudiante, ¿ha recibido tratamiento psicológico en la UCB? Si: ____ No: ____

¿Discutió este referido con el/la estudiante? Si: ____ No: ____

Días y horarios disponibles por el estudiante para recibir los servicios: _____

Referido por: _____

Posición: _____

Nota: Por favor, entregue este formulario personalmente en el Centro de Orientación y Consejería.

