**Fecha:** Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

**Datos de la persona estudiante**

Nombre completo: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Teléfono: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

N° identificación: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Años cumplidos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Carrera que cursa:Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Dirección del domicilioHaga clic o pulse aquí para escribir texto.

Provincia: Elija un elemento.

Cantón: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Distrito: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Otras señas: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Funcionario que refiere:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Puesto:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Motivo de referencia:**Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Situación o situaciones que se han presentado:**Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Acciones que se han realizado para dar seguimiento a la persona estudiante:**Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Observaciones y recomendaciones:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Por lo tanto, se considera necesario referir a la persona estudiante a:**

**Servicio médico general de la CCSS**

**Servicio en psicología de la CCSS**

**Servicio en psiquiatría de la CCSS**

**Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Sello

Recibido por: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Fecha: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.