

FORMATO DE CANALIZACIÓN AL ÁREA DE PSICOLOGÍA

Fecha: ____/____/____

Nombre completo: _____

Programa Académico: _____

Cuatrimestre: _____

Nombre de quien canaliza: _____

Cargo: _____

Motivo de la canalización:

Observaciones (opcional):

Firma de quien canaliza:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Uso exclusivo del Área de Psicología

Fecha de recepción: ____/____/____

Profesional que recibe: _____

Acciones iniciales: _____

Seguimiento programado: _____

Observaciones: _____

Aviso de confidencialidad: La información contenida en este documento es confidencial y será utilizada exclusivamente para fines de atención psicológica y seguimiento institucional, de conformidad con la normativa aplicable.

