**FORMATO DE CANALIZACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Estudiante** |  | **Código** |  |
| **Programa Educativo** |  | | |
| **Fecha de Envío** |  | | |

**Servicio de Salud Integral a Canalizar**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Asesoría jurídica** |  | **Servicios psicológicos** |  | **Servicios médicos** |  | **Otro (especificar)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Motivo de envío** |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Nombre y Firma del tutor** | **Nombre y firma del tutorado** |