**CONTROL DE CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE APOYO**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1 )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 Orientación Psicológica

🞎 Asesoría académica

🞎 Médica (2)

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. Control: \_\_\_\_\_\_\_\_(4)\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(5)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_(6)\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del docente o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(7)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(8)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Motivo de canalización** | **Firma o sello de recibido del servicio de apoyo** |
| (9) | (10) |

**CONTROL DE CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE APOYO**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(11)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. Control: \_\_\_\_\_\_\_(12)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(13)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_\_\_\_(14)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del docente o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(15)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_\_\_(16)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FECHA** | **FIRMA DEL ESTUDIANTE** | **FIRMA RESPONSABLE DEL SERVICIO DE APOYO.** |
| (17) | (18) | (19) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FECHA** | **FIRMA DEL ESTUDIANTE** | **FIRMA RESPONSABLE DEL SERVICIO DE APOYO.** |
| (17) | (18) | (19) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**INSTRUCCIONES DE LLENADO:**

1. Fecha en la que se realiza la canalización
2. Indicar el tipo de servicio al que se canalizará al estudiante.
3. Nombre completo del alumno a canalizar.
4. Número de control del alumno a canalizar
5. Nombre de la carrera que cursa el estudiante a canalizar.
6. Semestre actual que cursa el estudiante a canalizar.
7. Nombre del tutor que realiza la canalización. En caso de que la canalización provenga de comité académico o del comité de ética indicar el nombre del comité.
8. Folio identificador de la canalización.

**El responsable del servicio de apoyo asignará el Folio identificador.** A continuación se muestra la codificación que deberá seguir:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Folio identificador | Servicio de apoyo | Ejemplo |
| AP-XXX | Atención psicológica | AP-001 |
| AA-XXX | Asesoría académica | AA-001 |
| AM-XXX | Atención médica | AM-001 |

La numeración deberá ir en número consecutivo.

1. Describir brevemente el motivo de la canalización.
2. Sello o nombre y firma de recibido de la persona encargada de brindar el servicio de apoyo.
3. Nombre completo del alumno canalizado
4. Número de control del alumno canalizado
5. Nombre de la carrera que cursa el estudiante canalizado
6. Semestre actual que cursa el estudiante a canalizar
7. Nombre del docente o tutor
8. Folio identificador de la canalización (Ver punto 8)
9. Fecha de asistencia al servicio de apoyo
10. Firma del estudiante
11. Firma del responsable del servicio de apoyo o de quien lo brinda.

**CONTROL DE CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE APOYO**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 Orientación Psicológica

🞎 Asesoría académica

🞎 Medica

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. Control: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Motivo de canalización** | **Firma o sello de recibido del servicio de apoyo** |
|  |  |

**CONTROL DE CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE APOYO**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. Control: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FECHA** | **FIRMA DEL ESTUDIANTE** | **FIRMA RESPONSABLE DEL SERVICIO DE APOYO.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FECHA** | **FIRMA DEL ESTUDIANTE** | **FIRMA RESPONSABLE DEL SERVICIO DE APOYO.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |