Ciudad, Fecha

SEÑORES:

EPS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono EPS

**REF:** SOLICITUD ATENCIÓN INTEGRAL AL CASO DEL USUARIO CON (ESPECIFICAR DETALLES)

La Fundación Universitaria Navarra a través del acompañamiento psicosocial remite a valoración por psicología clínica/ psiquiatría al estudiante **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, identificado con documento N° **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** , afiliado a la EPS **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** quien presenta (**MOTIVO DE REMISIÓN Y POSIBLE IMPRESIÓN DIAGNOSTICA)**

El estudiante fue informado sobre los servicios de salud mental que deben ser garantizados por parte de la EPS al usuario.

A continuación, se indican los datos de contacto del acudiente: Nombre del acudiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dirección del domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Se solicita Contra- Referencia para continuar con el seguimiento de la atención prestada al caso.

Sin otro particular.

Cordialmente;

**FIRMA DEL PROFESIONAL**

**PSICÓLOGA DE BIENESTAR**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA NAVARRA**

**NEIVA, HUILA**

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FECHA** | **VERSIÓN** | **DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO** |
| 2019-MAR-11 | 01 | Documento inicial. |
| 2020-MAR-05 | 02 | * Se establece que el estudiante debe ser remitido a valoración psiquiátrica con la EPS contando con el acompañamiento psicosocial. * El estudiante es informado de los servicios que serán brindados por la EPS |