

 <b>DEPARTAMENTO DE RISARALDA</b>	<b>DEPARTAMENTO DE RISARALDA</b> <b>Secretaría de Educación</b> <b>Atención Educativa a la Población con Discapacidad,</b> <b>Capacidades y Talentos Excepcionales</b> <b>REMISION A SALUD</b>
--	--

**FORMATO DE REMISIÓN AL SECTOR SALUD**

<b>FECHA:</b>	<b>FEBRERO 24 DE 2026</b>	<b>MUNICIPIO:</b>	<b>Santa Rosa de Cabal</b>
<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA:</b>	<b>PEDRO URIBE MEJÍA</b>		
<b>SEDE:</b>	<b>RISARALDA</b>	<b>GRADO:</b>	<b>SEGUNDO A</b>
<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE</b>	<b>JANIER GONZALEZ GUAQUIRAMA</b>		
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>	<b>1112631895</b>		
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>EDAD</b>	<b>9 AÑOS</b>
<b>NOMBRE ACUDIENTE:</b>	<b>GLORIA MARÍA GUAQUIRAMA</b>		
<b>PROFESIONAL QUE REMITE:</b>	<b>BEATRIZ ELENA GIRALDO V</b>		

**BARRERAS ENCONTRADAS:**

<b>DIFICULTADES COGNITIVAS</b>		<b>DIFICULTADES AUDITIVAS</b>		<b>DIFICULTADES VISUALES</b>	
<b>DIFICULTADES MOTORAS</b>		<b>DIFICULTADES DE APRENDIZAJE</b>	<b>X</b>	<b>OTRAS</b>	<b>X</b>

**MOTIVO DE REMISIÓN:** Estudiante quien presenta dificultades en los procesos de aprendizaje, ritmo lento de trabajo. Familia desplazada del Chocó con cambios significativos lo que ha causado rezago escolar. No ha tenido asistencia médica para controles. Su estatura no es acorde a su edad cronológica. Se solicita valoración por **PEDIATRIA** con estudios clínicos para comprobar su estado de salud.

*Beatriz E. Giraldo V.*

**FIRMA PROFESIONAL QUE REMITE**  
**PROFESIONAL DE APOYO**

**FIRMA DE PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE**