



- Empleado
- Dependiente

- Tipo de referido
- Voluntario
  - Dirigido
  - Mandatorio

**PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO**  
**Hoja de Referido**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Mejor hora para llamarlo (7 am – 5 pm): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Si el servicio es para un dependiente indique el parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Puesto que ocupa: \_\_\_\_\_

**\*Si el dependiente es mayor de 18 años, la hoja de referido debe estar firmada por este.**

**Problemas relacionados a:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Ausentismo o Tardanzas     | <input type="checkbox"/> 2. Problemas Interpersonales     | <input type="checkbox"/> 3. Problemas del Comportamiento   |
| <input type="checkbox"/> 4. Situaciones Laborales      | <input type="checkbox"/> 5. Situaciones de Pareja/Familia | <input type="checkbox"/> 6. Condiciones de Salud Física    |
| <input type="checkbox"/> 7. Problemas Legales          | <input type="checkbox"/> 8. Problemas Financieros         | <input type="checkbox"/> 9. Duelo                          |
| <input type="checkbox"/> 10. Problemas Educativos      | <input type="checkbox"/> 11. Estrés/Ansiedad              | <input type="checkbox"/> 12. Evaluación Médico Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> 13. Uso de alcohol y/o drogas |   |  |

Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Facilidad en donde trabaja: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que refiere (si aplica): \_\_\_\_\_

Puesto que ocupa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de referido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma persona que refiere (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona referida

**\*NOTA: Si el referido es un menor de edad deberá firmar el empleado y/o encargado o tutor legal.**