

SOLICITUD DE ADAPTACIONES DE CONFORMIDAD CON LA SECCIÓN 504, 2017-2018

Nombre completo del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de ID estudiantil: _____
 Nombre de la escuela _____ ATS/DBN escolar _____ Grado/Clase _____
 Nombre completo del padre o tutor solicitante _____ Parentesco con el estudiante _____
 Fecha de entrega al coordinador 504 _____ Nombre completo del coordinador 504 _____

PARTE 1: Para ser completado por uno de los padres o el tutor; entregar al coordinador 504 de la escuela

A continuación describa el problema e indique cómo afecta el rendimiento académico del alumno:

Mencione las adaptaciones solicitadas en función del problema planteado arriba. Si tiene preguntas, por favor consulte al coordinador 504 de la escuela.

Solicitud de adaptaciones educativas <i>Marque todo lo solicitado:</i>		For school use only	
		Approve	Deny
Adaptaciones del examen	<input type="checkbox"/> Horario/tiempo de administración del examen (p. ej., tiempo adicional, etc.) <input type="checkbox"/> Lugar/entorno del examen <input type="checkbox"/> Método de presentación/Instrucciones/Tecnología de Asistencia <input type="checkbox"/> Método de respuesta del examen/Apoyo de contenido <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Adaptaciones del salón de clases/plan de estudios	<input type="checkbox"/> Horario de clase/uso del tiempo <input type="checkbox"/> Entorno de las actividades en clase <input type="checkbox"/> Método de presentación/Instrucciones/Tecnología de Asistencia <input type="checkbox"/> Método de respuesta de las actividades en clase/Apoyo de Contenido <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Servicios y apoyo académico	<input type="checkbox"/> Auxiliar docente de salud* <input type="checkbox"/> nueva solicitud <input type="checkbox"/> solicitud de renovación <input type="checkbox"/> Red de Seguridad (<i>escuela secundaria solamente</i>) <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otras adaptaciones (Especifique)**		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Las solicitudes de auxiliar docente deberán ser examinadas por un médico de la Oficina de Salud Escolar para determinar la necesidad según el criterio médico.

Deberán completarse formularios adicionales; por favor consulte con su coordinador 504.

**Solicitudes de transporte: para las adaptaciones especializadas de transporte, se precisa un formulario de solicitud de evaluación médica, que se encuentra disponible en el sitio web del DOE.

Parte 2: CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES – Para ser completado por uno de los padres/tutor del alumno antes de entregar al coordinador 504 de la escuela

Para determinar si su hijo tiene derecho a las adaptaciones según la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, un equipo escolar correspondiente se reunirá con el objetivo de revisar el expediente del estudiante, incluyendo la declaración del médico (si correspondiere), observaciones y tareas de clase, datos de evaluación y demás información. Si su hijo satisface los requisitos para que se le otorguen adaptaciones, se elaborará un Plan 504 con el aporte y el consentimiento suyos. El Plan 504 se puede revisar en cualquier momento, pero como mínimo debe volver a autorizarse cada año escolar.

Al firmar el presente formulario, usted expresa su consentimiento para que el equipo 504 revise los expedientes de su hijo y tome las medidas necesarias y conducentes a determinar si el alumno tiene derecho a recibir adaptaciones. Usted también reconoce que ha proporcionado información plena y completa de la mejor manera posible, y entiende que la Oficina de Salud Escolar (OSH), el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (DOE), sus delegados y sus empleados se apoyan en la autenticidad de la información provista para determinar si su hijo puede recibir las adaptaciones correspondientes a la Sección 504 y en qué medida. Además, por la presente usted autoriza a la OSH y el DOE y a sus representantes y empleados a comunicarse, consultar y obtener cualquier otra información que consideren adecuada con respecto a la enfermedad de su hijo, sus medicamentos y su tratamiento, y a cualquier prestador de cuidados de salud o farmacéutico que haya provisto servicios médicos o de salud a su hijo.

Formulario HIPAA completado y adjunto

(NECESARIO PARA REVISIÓN; LOS PADRES DEBEN COMPLETAR EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO).

Nombre completo de uno de los padres/tutor _____ Teléfono durante el día _____

Firma de uno de los padres/tutor _____ Fecha _____



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección de paciente		

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información médica sobre mi atención y tratamiento sea divulgada de acuerdo con lo estipulado en este formulario: de conformidad con las leyes del Estado de Nueva York y las normas de confidencialidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), entiendo que:

- La presente autorización pudiera incluir la divulgación de información concerniente al uso de **ALCOHOL y ABUSO DE DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, exceptuando apuntes de psicoterapia, además de **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELATIVA AL VIH/SIDA***, únicamente si estampo mis iniciales sobre la línea correspondiente en el punto 7. En el caso de que la información de salud descrita a continuación incluyere cualesquiera de estos tipos de información, y yo pusiere mis iniciales en la casilla del punto 7, específicamente autorizo que dicha información sea divulgada al Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York (DOHMH).
- Si autorizo a divulgar información relativa al VIH/SIDA, tratamiento de drogadicción o alcoholismo, o tratamiento de salud mental, el DOHMH tiene prohibido retransmitir dicha información sin mi autorización, a menos que las leyes federales o estatales lo permitieren. Entiendo que tengo derecho a solicitar un listado de las personas que pueden recibir o utilizar mi información concerniente al VIH/SIDA sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o diseminación de cualquier información sobre el VIH/SIDA, puedo contactar a la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York, al (212) 480-2493, o a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York, al (212) 306-7450. Estas son las agencias responsables de proteger mis derechos.
- En todo momento tengo derecho a revocar la presente autorización, escribiéndoles a los proveedores de salud señalados más adelante. Entiendo que tengo derecho a revocar la presente autorización, salvo en la medida que ya se hubiere implementado alguna acción de acuerdo con esta autorización.
- Entiendo que la acción de firmar esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o derecho a beneficios no estarán supeditados a mi autorización de la presente.
- El DOHMH podría retransmitir la información divulgada en esta autorización (a excepción de lo indicado en el punto 2) y es posible que dicha divulgación posterior no cuente con protección bajo las leyes federales o estatales.
- POR LA PRESENTE AUTORIZO A TODOS MIS PROVEEDORES DE SALUD A DIVULGAR Y TRATAR ESTA INFORMACIÓN CON EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK.**

7. Información específica a ser revelada y tratada:
Expediente médico completo (oral y escrito) con el historial del paciente, apuntes de consulta (excepto apuntes de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, películas, referencias, consultas, facturación, expedientes de seguro y otros expedientes enviados a ustedes por otros proveedores de salud.

Si esta casilla está marcada, divulgar y tratar solamente mi expediente médico de (escribir fecha) _____ a (escribir fecha) _____

Otro: _____

Incluya: *(Indicar con sus iniciales)*

_____ Información sobre tratamiento de alcoholismo/drogadicción

_____ Información sobre salud mental

_____ Información relacionada con el VIH/SIDA

<p>8. MOTIVO PARA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: LA PRESENTE INFORMACIÓN SE DIVULGA A PETICIÓN DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE, A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO AQUÍ:</p>	<p>9. LA PRESENTE AUTORIZACIÓN EXPIRA EN UN (1) AÑO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE EL PACIENTE O REPRESENTANTE ESTAMPE SU FIRMA SOBRE LA MISMA, SALVO QUE AQUÍ SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO:</p>
<p>10. De no ser el paciente, nombre completo de la persona que firma este formulario:</p>	<p>11. COMO PADRE O TUTOR LEGAL DEL PACIENTE LA PERSONA FIRMANTE DE ESTE FORMULARIO ESTÁ AUTORIZADA ANTE LA LEY A FIRMAR A FAVOR DEL PACIENTE, O SEGÚN LO ESPECIFICADO A CONTINUACIÓN:</p>

Todos los puntos de este formulario fueron completados, mis preguntas sobre este formulario fueron contestadas y he recibido una copia del mismo.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO ANTE LA LEY

FECHA

*Virus de inmunodeficiencia adquirida causante del SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que, en lo razonable, pudiere identificar a alguien con síntomas de VIH o infección, y la información concerniente a los contactos de la persona.