

# SOLICITUD DE ADAPTACIONES SEGÚN LA SECCIÓN 504 / 2018-2019

Nombre completo del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de identificación 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 \_\_\_\_\_

Teléfono del coordinador 504 \_\_\_\_\_

## Parte 1: El padre o tutor deberá completar y entregar al coordinador 504 de la escuela.

A continuación, describa el problema y señale cómo esto afecta el rendimiento del estudiante en la escuela:

Solicite adaptaciones en función de los problemas mencionados arriba. Comuníquese con el coordinador 504 de la escuela si tiene preguntas.

Solicitud de adaptaciones educativas		For school use only	
Marque todo lo solicitado:		Para uso exclusivo de la escuela	
		Approve	Deny
<b>Adaptaciones para las evaluaciones</b>	<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 apoyo <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"/>
<b>Adaptaciones del salón de clases/plan de estudios</b>	<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"/>
<b>Servicios y apoyo académico</b>	<input type="checkbox"/> Auxiliar docente de salud* <input type="checkbox"/> Nueva solicitud <input type="checkbox"/> Solicitud de renovación <input type="checkbox"/> Red de seguridad (escuela secundaria solamente) <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"/>
<b>Otras adaptaciones (especifique)**</b>		<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 analizadas por un médico de la Oficina de Salud Escolar para confirmar la necesidad según criterio médico. Deberán completarse otros formularios más; por favor, consulte con su coordinador 504.

\*\*Para solicitudes de servicio de transporte, llene un formulario de solicitud de evaluación médica. Este formulario se puede encontrar en el sitio web del DOE.

## Parte 2: CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES - El padre o tutor deberá completar y entregar al coordinador 504 de la escuela.

Su hijo podría reunir los requisitos para recibir adaptaciones según la sección 504 de la ley de rehabilitación de 1973. El equipo 504 de la escuela se reunirá para examinar los expedientes, trabajo en clases, observaciones dentro del salón de clases, exámenes y declaraciones del médico de su hijo. Si en función de dicha revisión el niño califica para obtener servicios, el equipo procederá a crear un plan de adaptaciones según la Sección 504 con la ayuda y consentimiento suyo. El plan 504 se puede reevaluar en cualquier momento del año, **pero se debe volver a autorizar cada año escolar.**

Al firmar este formulario, usted: 1) Autoriza al equipo 504 a revisar los expedientes de su hijo y decidir si el niño califica para obtener servicios de adaptaciones. 2) Confirma que entregó toda la información completa en la medida de sus posibilidades 3) Entiende que la Oficina de Salud Escolar (OSH) y el Departamento de Educación (DOE) confían en la exactitud de la información que aparece en el formulario para fines de revisión y decisiones. 4) Entiende que la oficina de OSH y el DOE también podrán obtener cualquier información que estimen necesaria sobre la condición médica, medicamentos y tratamiento de su hijo. La oficina de OSH podrá obtener dicha información a través de cualquier prestador de servicios de salud, enfermero(a) o farmacéutico que le hubiese prestado servicios de salud a su hijo.

**Se adjunta el formulario HIPPA completado. (SE REQUIERE PARA FINES DE REVISIÓN. LOS PADRES DEBERÁN COMPLETAR LA PARTE DE ATRÁS DE ESTE FORMULARIO).**

Nombre completo del padre/tutor \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON LA LEY HIPAA**

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

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información médica sobre mi atención y tratamiento sea divulgada de acuerdo a 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 Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), entiendo que:

- La presente autorización pudiera incluir la divulgación de informaciones concernientes al uso de **ALCOHOL y ABUSO DE DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, exceptuando apuntes de psicoterapia, además de **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELATIVA AL VIH\***, únicamente si coloco 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 iniciare la línea en la casilla en el 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 a VIH/SIDA, tratamiento de drogadicción o alcoholismo, o tratamiento 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 transmisión de cualquier información sobre VIH/SIDA, puedo contactar a la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York, al (212) 480-2493, o a la Comisión de los 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, escribiéndole 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 pudiere retransmitir la información divulgada en esta autorización (con excepción de lo indicado en el punto 2 anterior) y es posible que dicha divulgación posterior no cuente con protección bajo las leyes federales o estatales.
- AUTORIZO A TODOS MIS PROVEEDORES DE SALUD A DIVULGAR Y COMENTAR ESTA INFORMACIÓN CON LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR, UN PROGRAMA CONJUNTO DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK, Y EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK**

<p>7. Información específica a ser revelada y comentada: 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, remisión, consultas, facturación, expedientes de seguro y otros expedientes enviados a mis proveedores de salud por otros proveedores de salud.</p> <p><input type="checkbox"/> Si esta casilla está marcada, autorizar y comentar únicamente mi expediente médico abarcando las fechas desde (insertar fecha) _____ hasta (insertar fecha) _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>		<p><b>Incluir: (Indicar con sus iniciales)</b></p> <p>_____ Información sobre tratamiento de alcoholismo/drogadicción</p> <p>_____ Información sobre salud mental</p> <p>_____ Información relacionada con el VIH/SIDA</p>
<p>8. MOTIVO PARA AUTORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN: LA PRESENTE INFORMACIÓN SE AUTORIZA A PETICIÓN DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE, A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO AQUÍ:</p>	<p>9. LA PRESENTE AUTORIZACIÓN EXPIRA EN LA FECHA EN QUE EL PACIENTE YA NO ESTÉ INSCRITO EN UNA ESCUELA O PROGRAMA OPERADO POR EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK O QUE OFREZCA SERVICIOS A TRAVÉS DE LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR, A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO AQUÍ**:</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 humana causante del SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que, de manera razonable, pudiere identificar a una persona con infección o síntomas de VIH, y la información concerniente a los contactos de la persona.

\*\*Si la fecha de vencimiento está especificada en el punto 9 anterior, el formulario expira en esa fecha y el padre o tutor del paciente u otra persona autorizada por la ley deberá entregar un nuevo formulario.