

SOLICITUD PARA SERVICIOS DE SALUD Y FORMULARIO PARA PADRES SOBRE LAS ADAPTACIONES SEGÚN LA SECCIÓN 504 DE 2024-2025

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de identificación estudiantil _____

Escuela _____ ATS/DBN de la escuela _____ Grado/grupo _____

Nombre del padre solicitante _____ Relación con el alumno _____

Fecha de entrega al coordinador de la Sección 504 _____ Nombre del coordinador de la Sección 504 _____

¿El estudiante tiene un IEP vigente? Sí No Correo electrónico del coordinador de la Sección 504 _____

El padre o tutor debe completar el formulario en su totalidad y entregarlo al coordinador de la Sección 504 o al equipo del IEP de la escuela.

Parte 1: Motivo por el que solicita adaptaciones (A continuación, describa su inquietud y señale cómo afecta el desempeño del estudiante en la escuela):

Solicite adaptaciones según las inquietudes mencionadas arriba. Comuníquese con el coordinador de la Sección 504 o el equipo del IEP de la escuela si tiene preguntas.

Solicitud de adaptaciones (El padre o tutor debe marcar todas las opciones que solicita)	Nueva solicitud o modificación (New Request, or Modification) (Para uso exclusivo de la escuela) <i>For school use only</i>	Renovación sin modificación (Renewal without Modification) (Para uso exclusivo de la escuela) <i>For school use only</i>
Adaptaciones en los exámenes <input type="checkbox"/> Horario/tiempo de administración del examen (p. ej.: tiempo adicional) <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 (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 de clase <input type="checkbox"/> Método de presentación/instrucciones/ tecnología de apoyo <input type="checkbox"/> Método de respuesta de las actividades en clase/apoyo de contenido <input type="checkbox"/> Otro (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"/>
Apoyos de salud Auxiliar docente <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> Otro _____ Servicios de enfermería (envíe el formulario MAF a la enfermería escolar) <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> Personal de enfermería escolar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Transporte <input type="checkbox"/> Transporte por una condición de salud crónica o a largo plazo (Si solicita transporte debido a una enfermedad temporaria o movilidad limitada a corto plazo, envíe la Solicitud para una excepción médica a busingexceptions@schools.nyc.gov en lugar de presentar este formulario para padres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros servicios <input type="checkbox"/> <i>Safety Net</i> (escuela secundaria solamente) <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si un estudiante necesita medicamentos durante el horario escolar y no está en condiciones de tomarlos por sí solo, generalmente la enfermería escolar se encarga de administrarlos. Para ello, es necesario que el padre o tutor presente el Formulario de administración de medicamentos (*Medication Administration Form, MAF*) en la enfermería escolar. La solicitud de servicio individual (1:1) de enfermería, auxiliar docente y transporte será revisado dependiendo del caso por un proveedor de servicios médicos de la Oficina de Salud Escolar (*Office of School Health, OSH*), a fin de confirmar que los servicios son médicamente necesarios. Las decisiones con respecto a si un alumno requiere una adaptación particular son realizadas por el Equipo de la Sección 504 o el equipo del IEP, a incluir al padre o tutor. Se deben llenar formularios adicionales. Consulte con su coordinador de la Sección 504 o con el equipo del IEP. El Departamento de Educación (DOE) de la Ciudad de Nueva York revisará las solicitudes de tecnología de apoyo y podría coordinar una evaluación para determinar las necesidades del estudiante.

Parte 2: AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES. El padre o tutor deberá completar y entregar al coordinador de la Sección 504 o el equipo del IEP de la escuela.

Su hijo podría reunir los requisitos para recibir adaptaciones según la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación (*Rehabilitation Act*) de 1973. El Equipo de la Sección 504 o el equipo del IEP de la escuela se reunirá para revisar los expedientes, el trabajo en clases, las observaciones dentro del salón de clases, los exámenes y las declaraciones del médico de su hijo. Si su hijo reúne los requisitos para los servicios basados en esa revisión, con su ayuda y autorización, el equipo creará un plan de adaptaciones según la Sección 504 o el IEP. Los planes de adaptaciones según la Sección 504 **se deben revisar antes del final de cada año escolar** o con mayor frecuencia si es necesario.

Al firmar este formulario, yo: 1) Autorizo al Equipo de la Sección 504 o al equipo del IEP a que revise los expedientes de mi hijo y decida si reúne los requisitos para obtener adaptaciones. 2) Confirmando que entregué toda la información de la mejor manera posible. 3) Entiendo que la OSH y el DOE se basan en la exactitud de la información del formulario para la revisión y toma de decisiones. 4) Entiendo que la OSH y el DOE también podrán obtener cualquier información que estimen necesaria sobre la enfermedad, los medicamentos y el tratamiento de mi hijo. La OSH podrá obtener dicha información a través de cualquier médico, enfermero o farmacéutico que le haya prestado servicios de salud a mi hijo.

Se adjunta el formulario HIPAA (NECESARIO PARA LA REVISIÓN. LOS PADRES DEBERÁN COMPLETAR LA PARTE DE ATRÁS DE ESTE FORMULARIO).

Nombre completo del padre/tutor _____ Teléfono diurno _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DE CONFORMIDAD CON LA LEY HIPAA

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

Solicito, o mi representante solicita, que se divulgue la información de salud sobre mi atención y tratamiento tal como se establece en este formulario: De conformidad con las leyes del Estado de Nueva York y la norma de confidencialidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA) de 1996, entiendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS**, el **TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL** (excepto notas de psicoterapia) e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH/sida***, solo si escribo mis iniciales en el renglón correspondiente en el punto 7. En el caso de que la información sobre salud descrita más abajo incluya este tipo de datos y yo escriba mis iniciales en el renglón de la casilla del punto 7, solo autorizo su divulgación al Departamento de Salud y Salud Mental (*Department of Health and Mental Hygiene*, DOHMH) de la Ciudad de Nueva York y al Departamento de Educación (DOE) de la Ciudad de Nueva York, los cuales dirigen conjuntamente la Oficina de Salud Escolar.
- Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH/sida, tratamiento de alcohol o drogas o tratamiento de salud mental, el DOHMH tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización, a menos que así lo permitan las leyes federales o estatales. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH/sida sin autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación o diseminación de cualquier información relacionada con VIH/sida, puedo comunicarme por teléfono con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York (*New York State Division of Human Rights*), al (212) 480-2493; o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (*Commission of Human Rights*), al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a los proveedores de salud que autorice a divulgar mi información. Entiendo que puedo revocar la presente autorización, excepto cuando ya se haya tomado alguna medida basada en ella.
- Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un seguro médico o capacidad de recibir beneficios no dependerán de mi autorización de esta divulgación.
- El DOHMH o el DOE podría volver a divulgar la información (a excepción de lo indicado anteriormente en el punto 2) y esta nueva divulgación puede que ya no se encuentre protegida por 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 Y EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK.**

<p>7. Información específica que se puede divulgar y tratar: Toda la información sobre salud (escrita y oral), incluyendo el historial del paciente, notas del consultorio médico (excepto las notas de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, radiografías, referidos, consultas, registros de facturación y de seguro médico, y registros enviados a mis proveedores de salud por otros proveedores de salud.</p> <p><input type="checkbox"/> Si se marca esta casilla, divulgue y trate solo la información de salud que se especifica aquí: _____ <i>(Utilice esta casilla si no quiere que se difunda o divulgue su historial completo. Utilice el punto 9 más abajo para establecer la fecha de vencimiento de este formulario).</i></p>	
<p>Incluir: (Marque con sus iniciales)</p> <p>_____ Información sobre el tratamiento de alcohol o drogas. <i>Especifique qué información se divulgará y a qué organización:</i> _____</p> <p>_____ Información sobre salud mental</p> <p>_____ Información relacionada con el VIH/sida</p>	
<p>8. MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: ESTA INFORMACIÓN SE DIVULGA A PETICIÓN DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE, A MENOS QUE AQUÍ SE INDIQUE LO CONTRARIO:</p>	<p>9. ESTA AUTORIZACIÓN CADUCARÁ EN LA FECHA EN QUE EL PACIENTE YA NO ESTÉ INSCRITO EN UNA ESCUELA O UN PROGRAMA DIRIGIDO POR EL DOE O NO LE BRINDEN SERVICIOS EN LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR, A MENOS QUE AQUÍ SE INDIQUE LO CONTRARIO**:</p>
<p>10. <u>EN CASO DE NO TRATARSE DEL PACIENTE, INDIQUE EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE FIRMA ESTE FORMULARIO (A COMPLETAR POR EL PADRE O TUTOR):</u></p>	<p>11. COMO PADRE O TUTOR DEL PACIENTE, LA PERSONA QUE FIRMA ESTE FORMULARIO ESTÁ LEGALMENTE AUTORIZADA PARA FIRMAR EN NOMBRE DEL PACIENTE, O SEGÚN SE ESPECIFICA A CONTINUACIÓN:</p>

Todos los puntos de este formulario fueron completados, mis preguntas fueron contestadas y recibí una copia del formulario.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

FECHA

*Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causante del sida. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York (*New York State Public Health Law*) protege la información que pudiera identificar a una persona con síntomas o infección de VIH, así como la información sobre los contactos de una persona.

**Si se establece una fecha de vencimiento en el punto 9 de más arriba, el formulario caducará en esa fecha y el padre o tutor legal del paciente u otra persona legalmente autorizada deberá presentar un formulario nuevo.