

SOLICITUD DE INFORMACIÓN MÉDICA/DE SALUD BAJO LA SECCIÓN 504

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha: _____
Fecha de nacimiento del estudiante: _____ Escuela: _____

El estudiante mencionado ha sido referido para elegibilidad potencial bajo la Sección 504 debido a un impedimento físico o mental. Complete la siguiente información y devuélvala a la persona indicada a continuación. Se adjunta un formulario de Consentimiento para la divulgación de información. ¡Gracias por su información y puntualidad!

1. Diagnóstico médico:

a. Indique cualquier diagnóstico médico actual del estudiante:

b. ¿Es temporal la discapacidad/impedimento? Sí No ¿Es probable que dure más de 60 días? Sí No

c. Si es temporal, ¿cuál es la duración prevista? _____

2. ¿Qué actividades principales de la vida se ven afectadas? ¿Cómo?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Escuchar | <input type="checkbox"/> Pensar | <input type="checkbox"/> Caminar |
| <input type="checkbox"/> Hablar | <input type="checkbox"/> Concentración | <input type="checkbox"/> Respirar |
| <input type="checkbox"/> Aprender | <input type="checkbox"/> Leer | <input type="checkbox"/> Otras funciones corporales |
| <input type="checkbox"/> Ver Explique: | <input type="checkbox"/> Cuidado personal | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

3. Plan de tratamiento médico (incluye medicamentos y/o dispositivos de asistencia):

4. Recomendaciones de adaptaciones o comentarios adicionales:

Firma del proveedor de atención médica

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Por favor, devolver a:

Nombre/título

Escuela

Dirección

Teléfono