

# SOLICITUD DE ADAPTACIONES SEGÚN LA SECCIÓN 504 (2020-2021)

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

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ ATS/DBN de la escuela \_\_\_\_\_ Grado/clase \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor solicitante \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de entrega al coordinador de la Sección 504 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nombre del coordinador de la Sección 504 \_\_\_\_\_

¿El estudiante tiene un IEP vigente?  Sí  No Teléfono del coordinador de la Sección 504 \_\_\_\_\_

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

A continuación, describa su inquietud y señale cómo afecta el desempeño del estudiante en la escuela:

Solicite adaptaciones según las inquietudes antes mencionadas. Comuníquese con el coordinador de la Sección 504 de la escuela si tiene preguntas.

Solicitud de adaptaciones Marque todo lo solicitado:		<i>For school use only</i>	
		New	Renewal
<b>Adaptaciones en los exámenes</b>	<input type="checkbox"/> Horario/tiempo de administración del examen (por ejemplo, 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 (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 plan de estudios/salón de clases</b>	<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"/>
<b>Apoyo académico y otros servicios</b>	<input type="checkbox"/> Auxiliar docente <input type="checkbox"/> Servicios de enfermería <input type="checkbox"/> Transporte (llene la solicitud de excepción médica de la Oficina de Transporte Estudiantil [ <i>Office of Pupil Transportation, OPT</i> ]) <input type="checkbox"/> Safety Net (escuela secundaria solamente) <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"/>

Si un estudiante necesita medicamentos durante el horario escolar y no está en condiciones de automedicarse, generalmente la enfermería escolar se encarga de administrarlos. Las solicitudes para auxiliar docente, transporte y enfermería individualizada se revisan caso por caso. Un médico de la Oficina de Salud Escolar debe revisar las solicitudes para confirmar que los servicios son necesarios. Se deben llenar formularios adicionales; consulte con su coordinador de la Sección 504.

**Parte 2: CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES. El padre o tutor deberá completar y entregar al coordinador de la Sección 504 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 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, el equipo creará un plan de adaptaciones según la Sección 504 con su ayuda y consentimiento. El plan de adaptaciones según la Sección 504 se puede revisar en cualquier momento del año, **pero se debe volver a autorizar cada año escolar.**

Al firmar este formulario, usted: 1) Autoriza al Equipo de la Sección 504 a revisar los expedientes de su hijo y decidir si el menor reúne los requisitos para obtener servicios de adaptaciones. 2) Confirma que entregó toda la información de la mejor manera posible. 3) Entiende que la Oficina de Salud Escolar (*Office of School Health, OSH*) y el Departamento de Educación (DOE) se basan en la exactitud de la información del formulario para su revisión y toma de decisiones. 4) Entiende que la OSH y el DOE también podrán obtener cualquier información que estimen necesaria sobre la enfermedad, los medicamentos y el tratamiento de su hijo. La OSH podrá obtener dicha información a través de cualquier médico, enfermero o farmacéutico que le haya prestado servicios de salud a su hijo.

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

Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE 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 la línea 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 la línea 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 soy víctima de discriminación debido a la divulgación o difusión de información relacionada con el VIH/sida, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York, llamando al (212) 480-2493, o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York, llamando 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 autoricé 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.**

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, remisiones, consultas, registros de facturación y de seguro, y registros enviados a mis proveedores de salud por otros proveedores de salud.

Si se marca esta casilla, divulgue y trate solo la información de salud que se especifica aquí: \_\_\_\_\_  
 (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).

Incluir: (Marque con sus iniciales)
_____ Información sobre el tratamiento de alcohol o drogas. Especifique qué información se divulgará y a qué organización: _____.
_____ Información sobre salud mental.
_____ Información relacionada con el VIH/sida.

8. MOTIVO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: ESTA INFORMACIÓN SE DIVULGA A PETICIÓN DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE, A MENOS QUE SE INDIQUE OTRA COSA AQUÍ:	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 SE INDIQUE OTRA COSA AQUÍ**:
10. En caso de no tratarse del paciente, nombre de la persona que firma este formulario:	11. COMO PADRE O TUTOR DEL PACIENTE, LA PERSONA QUE FIRMA ESTE FORMULARIO ESTÁ AUTORIZADA LEGALMENTE A FIRMAR EN NOMBRE DEL PACIENTE, O SEGÚN SE ESPECIFICA A CONTINUACIÓN:

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 protege la información que pudiera identificar a una persona con síntomas o infección de VIH y 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.