



INSPIRAR. EMPODERAR. NUTRIR.
Entrar con una promesa. Salir con un propósito.

Distrito Comunitario de Escuelas Secundarias 155

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA EL PLAN 504

Para calificar bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 o la Ley Estadounidense con Discapacidades de 1990, un estudiante debe (i) tener, (ii) tener antecedentes de, o (iii) ser considerado como teniendo una discapacidad física o mental que limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida —incluyendo, pero sin limitarse a, aprender, caminar, ver, oír, hablar, comer, dormir, estar de pie, levantar objetos, comunicarse, concentrarse, leer, respirar, trabajar, agacharse, pensar, cuidarse a sí mismo y realizar tareas manuales. (Ver 34 C.F.R. Sección 103.3)

Al médico que completa este formulario,

Gracias por su tiempo y consideración al completar este formulario. Si necesita asistencia o más información, por favor comuníquese con:

Nombre	Teléfono	Correo Electrónico
--------	----------	--------------------

Para ser Completado por el Padre/Tutor:

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Autorizo a _____, el médico que diagnosticó y está tratando a
Nombre del Médico

mi estudiante por _____, a completar este formulario.
Nombre de la Discapaciad Mental o Física

Si es necesario para completar una Evaluación de Estudio de Caso 504, autorizo al Distrito 155 a solicitar información adicional escrita o verbal a este médico y autorizo a este médico a proporcionar esta información al Distrito 155. Entiendo que este consentimiento no continuará indefinidamente pero será válido hasta el final del año escolar.

Nombre del Padre	Firma del Padre	Fecha
------------------	-----------------	-------

Nombre del Estudiante	Firma del Estudiante	Fecha
-----------------------	----------------------	-------

Para ser Completado por un Médico con Licencia"

Diagnóstico psiquiátrico o médico: _____

¿Usted realizó el diagnóstico de este paciente?

Sí Fecha del Diagnóstico: _____

No El médico que realizó este diagnóstico y la fecha:

Nombre del Médico

Fecha

Este estudianta ha estado bajo mi cuidado por la condición mencionada anteriormente desde _____ y ha sido atendido/a en mi oficina _____ veces por esta condición.

Cualquier información que pueda proporcionar sobre las pruebas o técnicas usadas para llegar a este diagnóstico incluyendo las fechas de las evaluaciones y los resultados de las pruebas con las puntuaciones de las subpruebas y las observaciones serán consideradas útiles y se agradecerá. (Adjunte cualquier copia disponible de los resultados de la evaluación/prueba)

Describa cómo la discapacidad del estudiante afecta el funcionamiento diario:

Enumere todos los medicamentos, tratamientos, terapias o programas que ha recetado/recomendado para el tratamiento de esta condición:

Nombre del Médico

Firma del Médico

Fecha

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Fax