

## DOCUMENTO INFORMATIVO DEL MÉDICO DE LA SECCIÓN 504

Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Identificación del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

El estudiante antes mencionado está siendo evaluado por protección, conforme a la Sección 504. Los informes médicos, cartas y diagnósticos pueden ser de gran ayuda para el Comité de la Sección 504 al momento de determinar la elegibilidad o planificar el programa. El padre o tutor del estudiante antes mencionado ha dado su consentimiento para que el personal del distrito escolar o de la escuela difunda o solicite archivos confidenciales, cuyo consentimiento se anexa. Valoramos el tiempo que se tome para responder las siguientes preguntas a fin satisfacer las necesidades del estudiante de la mejor manera.

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

¿Ha recomendado un examen de seguimiento? Sí  No  Período recomendado \_\_\_\_\_

Identifique cualquier problema o diagnóstico médico por el cual el estudiante esté recibiendo atención médica actualmente:

Fecha de aparición: \_\_\_\_\_ Gravedad del problema:  Leve  Moderado  Grave

Haga una lista de los medicamentos/tratamientos que se hayan recetado para el estudiante

Describa los posibles efectos secundarios que el estudiante pueda experimentar por estos medicamentos:

¿Hay alguna restricción de actividades tales como educación física o recreo?; de ser así, explique:

¿Cómo afectará esta discapacidad la asistencia?

Información o recomendaciones adicionales:

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha