

**SOLICITUD PARA SERVICIOS DE SALUD Y FORMULARIO PARA
PADRES SOBRE LAS ADAPTACIONES SEGÚN LA SECCIÓN 504 DE 2025-2026**

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/Equipo del IEP_Nombre del coordinador de la Sección 504/Coordinador del IEP _____

¿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 (Para uso exclusivo de la escuela)	Renovación sin modificación (Para uso exclusivo de la escuela)
Adaptaciones en los exámenes ☐ Horario/tiempo de administración del examen (p. ej.: tiempo adicional) ☐ Lugar/entorno del examen ☐ Método de presentación/instrucciones/tecnología de apoyo ☐ Método de respuesta del examen/apoyo de contenido ☐ Otro (especifique) _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Adaptaciones del salón de clases/plan de estudios ☐ Horario de clase/uso del tiempo ☐ Entorno de las actividades de clase ☐ Método de presentación/instrucciones/ tecnología ☐ Método de respuesta de las actividades en clase/apoyo de contenido ☐ Otro (especifique) _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Apoyos de salud Auxiliar docente ☐ Auxiliar docente 1:1 ☐ Otro / Auxiliar docente compartido (Favor especificar): _____ Servicios de enfermería (envíe el formulario MAF a la enfermería escolar) ☐ Personal de enfermería 1:1 ☐ Personal de enfermería escolar	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
Transporte ☐ Transporte por una condición de salud crónica o a largo plazo (Presentar formulario MARF completo) (Si solicita transporte debido a una enfermedad temporaria o movilidad limitada a corto plazo, envíe el formulario para solicitar servicios a corto plazo/provisionales de transporte en bus escolar a 504TransportationRequest@schools.nyc.gov en lugar de presentar este formulario para padres)	☐	☐
Otros servicios ☐ <i>Safety Net</i> (escuela secundaria solamente) ☐ Otro (especifique) _____	☐ ☐	☐ ☐

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 DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación estudiantil/ OSIS#
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 (888) 392-3644; 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 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, referidos, consultas, registros de facturación y de seguro médico, y registros enviados a mis proveedores de salud por otros proveedores de salud.

Escriba sus iniciales para autorizar la divulgación de la información de pacientes que tienen cualquiera de los problemas de salud descritos más abajo: (*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

☐ 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*)

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:

9. ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ VÁLIDA HASTA 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 LA FECHA DE VENCIMIENTO FIGURE AQUÍ:

10. EN CASO DE NO TRATARSE DEL PACIENTE, ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE FIRMA ESTE FORMULARIO: (A COMPLETAR POR EL PADRE O TUTOR):

11. PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE:

☐ El estudiante

☐ Padre o tutor

☐ Otro (explique más abajo)

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.