

Nombre Completo del Estudiante Fecha de Remisión

Domicilio

Género Fecha de Nacimiento Edad Tel. de Casa - -

Padre/Guardián/Suplente

Teléfono Guardián #1

Teléfono Guardián #2

Escuela Maestro(s) Grado

Competente en Inglés Idioma de la Casa Evaluado por ESL

Referencia hecha por: Posición

La referencia y la función del Equipo de la Sección 504 ha sido discutido con el Padre/Guardián Sí No Fecha

Las regulaciones de la Sección 504 definen "discapacidad física o mental" como (A) cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológico; muscular; órganos sensoriales especiales; respiratorio, incluidos los órganos del habla; cardiovascular; reproductiva, digestiva, genitourinaria; hémico y linfático; de la piel; y endocrino; o (B) cualquier trastorno mental o psicológico, como el síndrome cerebral orgánico, la enfermedad emocional o mental y las discapacidades de aprendizaje específica

De acuerdo con la definición anterior, indique el impedimento físico o mental en cuestión. Proporcionar documentación de apoyo disponible.

| Es discapacidad... | Sí/No | Sí, proporcione una explicación detallada. Note la frecuencia, intensidad y duración |
|---|----------|---|
| ¿Temporal (se espera que dure 6 meses o menos)? | Si No | |
| ¿Esporádicamente o irregularmente (no siempre presente)? | Si No | |
| ¿ En remisión? Pérdida o disminución de la intensidad de una enfermedad. | Si No | |
| ¿Relacionado con temas culturales, económicos o ambientales? | Si No | |
| ¿ Se reduce por medidas de mitigación tales como el uso de medicamentos, dispositivos físicos o tecnología? | Si No | |

Describir como una discapacidad afecta a cualquier Actividad de la Vida a continuación:

| | |
|----------------------------------|---|
| Actividad Principal en Vivo(MLA) | <ul style="list-style-type: none"> ● Incluir ejemplos específicos. ● Incluir comparación de cómo los compañeros realizan la misma actividad. ● Note las diferencias cuando/si las medidas de mitigación listadas arriba están vigentes |
| | |
| | |

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY THE BUILDING 504 COORDINATOR

Recommendations: Date of Section 504 Team Meeting

Refer for Comprehensive Evaluation under IDEA
 Screen by ESL
 Screen/Evaluate for Section 504 Eligibility
 Other,

Specify

Section 504 team member responsible to inform Parent Guardian of recommendations:

Team Members

| | |
|---|---|
| Name <input style="width: 90%;" type="text"/> | Position <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| Name <input style="width: 90%;" type="text"/> | Position <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| Name <input style="width: 90%;" type="text"/> | Position <input style="width: 90%;" type="text"/> |