Membrete del distrito

|  |
| --- |
| **Aportes de los padres - Sección 504** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Información del estudiante** | | |
| **Nombre del estudiante:** | | **Fecha:** |
| **Fecha de nacimiento:** | **Identificación del distrito:** | **Grado:** |
| **Distrito asistente:** | **Escuela asistente:** | |
| **Gestor de caso 504:** | **Contacto del gestor de caso:** | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| **Información médica:** | | | | | |
| ¿Su hijo toma en este momento algún medicamento de forma regular? | | | SÍ NO Si “Sí”, ingrese lo siguiente: | | |
| Nombre del medicamento | Finalidad del medicamento | Dosis | | Frecuencia | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
| **¿Su hijo padece alguna enfermedad?** *(incluidas las condiciones mentales y las condiciones médicas o mentales anteriores)* | | SÍ NO Si “Sí”, enumere a continuación: | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | |
| **Entorno familiar: hábitos de estudio, comportamiento, disciplina, interacciones sociales** | | | | |
| *¿Su hijo termina los deberes? (por ejemplo, solo los termina con ayuda, se frustra fácilmente, tarda mucho, etc.) Explique a continuación:* | | | | |
| ¿Su hijo lee de forma independiente? SÍ NO | | | | |
| ¿Su hijo tiene un patrón de problemas de comportamiento en casa? Explique a continuación: | | | | |
| ¿Qué forma de disciplina utiliza con su hijo? | | | | |
| ¿Qué tipo de interacción social tiene su hijo con adultos y/o compañeros de su edad? | | | | |
| ¿Qué adaptaciones le gustaría que el equipo 504 considerara para su hijo para proporcionar igualdad de acceso a los beneficios educativos? | | | | |
|  | | | | |
| **Otros factores que el equipo 504 debería considerar:** | | | | |
|  | | | | |
| Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Por favor, entregue este formulario a:** | | |
| Nombre: | Título: | Teléfono: |
| Correo electrónico: | | Fax: |
| Escuela/Distrito: | | |