

Autorización a Psicólogos Escolares para Realizar la Evaluación de Sección 504 de Trastornos de Atención



Office of Student and Family Support and Engagement
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20852

MCPS Form 270-2A
Noviembre 2016

PARTE I. INFORMACIÓN DEL/DE LA ESTUDIANTE

Nombre del/de la Estudiante _____ No. de Estudiante _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Grado ____
Escuela _____
Nombre del Padre/Madre/Guardián _____ Teléfono Durante el Día ____-____-____

PARTE II. AUTORIZACIÓN

A fin de que Montgomery County Public Schools (MCPS) evalúe la elegibilidad del/de la estudiante bajo la *Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973)*, otorgo mi permiso para que el psicólogo/a escolar realice actividades de evaluación. Otorgo mi permiso al enfermero/a de la comunidad escolar o al técnico de la enfermería escolar para que se comunique con cualquier personal médico y comparta esa información con el psicólogo/a escolar (cuando sea necesario). Entiendo que al llevar a cabo actividades de evaluación el psicólogo/a escolar estudiará los expedientes escolares del/de la estudiante; observará al/a la estudiante; podría entrevistar al/a la estudiante, al maestro/a del/de la estudiante, o a mí; y/o podría realizar actividades adicionales de evaluación funcional o normativa, según sea necesario. Entiendo además que los resultados de las evaluaciones se incluirán en un archivo confidencial del/de la estudiante al que el personal de MCPS podría acceder de acuerdo a necesidad de conocimiento y que yo puedo autorizar que la información sea divulgada a otra agencia o profesional.

Firma, Padre/Madre/Guardián (o Estudiante Elegible) _____ Fecha ____/____/____
Autorización obtenida por: Psicólogo/a Escolar de MCPS _____ Fecha ____/____/____

PARTE III. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Actividades de Evaluación:

Observación _____ Fecha de observación ____/____/____
Estudio del expediente _____ Fecha del estudio ____/____/____
Actividad de evaluación _____ Fecha del informe ____/____/____
Actividad de evaluación _____ Fecha del informe ____/____/____
Actividad de evaluación _____ Fecha del informe ____/____/____

Comentarios del Psicólogo/a Escolar de MCPS: (Marque el casillero si adjunta comentarios adicionales.)

PARTE IV. DECLARACIÓN DEL PSICÓLOGO/A ESCOLAR

Basado en mi comparación de los resultados de las actividades de evaluación resumidas en la Parte III con las características de diagnóstico de trastorno de déficit de atención/hiperactividad encontradas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–DSM-V), Quinta Edición, yo concluyo que:

- El/la estudiante **no tiene** un trastorno de déficit de atención/hiperactividad. El Equipo de Programación Educativa (Educational Management Team–EMT) debería recomendar intervenciones de educación general.
- El/la estudiante **tiene** un trastorno de déficit de atención/hiperactividad. El Equipo de Programación Educativa (Educational Management Team–EMT) debe determinar la elegibilidad para Sección 504 decidiendo si el impedimento limita sustancialmente alguna actividad vital principal.
- El/la estudiante podría tener una discapacidad cubierta por la *Ley de Educación para Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act–IDEA)*. El Equipo de Programación Educativa (Educational Management Team–EMT) debería remitir al/a la estudiante a un equipo de Programa Educativo Individualizado (Individualized Education Program–IEP).

Firma, Psicólogo/a Escolar de MCPS _____ Fecha ____/____/____