



**Servicios de Apoyo a Discapacitados**

900 Otay Lakes Road  
Chula Vista, CA 91910  
Teléfono (619) 482-6512  
Fax (619) 482-6511  
VP (619) 207-4480

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Médico y/o Agencia

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Código Postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono    Fax

Estimado \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ es un estudiante que está asistiendo o piensa asistir a Southwestern College. Il/Ella ha solicitado uno o más servicios especiales como resultado directo de su discapacidad. Se nos pide que obtengamos comprobación escrita de una agencia apropiada y/o médico con respecto a la naturaleza de la discapacidad del estudiante, las limitaciones educativas resultantes, y las necesidades de acomodación.

Usted ha sido identificado por este estudiante como alguien que puede verificar su discapacidad. Adjunto encontrará el permiso firmado de comprobación de discapacidad para que usted lo complete, y nos lo devuelva. Si su verificación está basada en el informe de un médico, psicólogo, u otro especialista, debe incluir una copia del informe.

En caso de que necesite más información acerca de esta petición, por favor no dude en llamarnos al (619) 482-6512 ó al TTY 482-6470. Gracias por su ayuda y por tomar el tiempo de su horario para proporcionarnos esta información.

Sinceramente,

\_\_\_\_\_  
Especialista en los Servicios de Apoyo a Discapacitados (DSS)

Para pedir este documento en un formato alternativo, por favor llame al (619) 482-6512, VP (619) 207-4480.



**SERVICIOS DE APOYO A DISCAPACITADOS**  
**Comprobación de Discapacidad**

**El estudiante debe completar esta sección**

Nombre \_\_\_\_\_ # Student ID \_\_\_\_\_  
 Apellido                      Nombre                      Inicial del 2º nombre                      (Por favor escriba en letra de imprenta)

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Dirección de la Calle                      Ciudad                      Código Postal

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # del Expediente \_\_\_\_\_  
 Médico de Kaiser \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo la entrega de cualquier información confidencial para verificar mi discapacidad de acuerdo a la Sección 504 del Acta de Rehabilitación Federal y al Acta para Americanos Discapacitados a la oficina de Servicios de Apoyo a Discapacitados en Southwestern College. La copia de este documento es tan válida como el original. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que por escrito la revoque el suscrito.

Discapacidad identificada por el mismo estudiante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**El profesional licenciado o certificado debe completar esta sección**

1. Descripción de la(s) discapacidad(es): \_\_\_\_\_
2. Código DSM IV y gravedad (si aplica) \_\_\_\_\_
3. Fecha de la diagnosis: \_\_\_\_\_
4. Por favor marque con un círculo/escriba las limitaciones funcionales/educacionales: Tomar pruebas, tomar notas, memoria, proceso cognoscitivo, resolver problemas, se distrae fácilmente, poca concentración, dificultad en enfocarse por largos períodos de tiempo, dificultad al formular y ejecutar un plan de acción, dificultad en superar obstáculos inesperados, pánico en situaciones poco familiares, pérdida de la agudeza visual, estado de pérdida del oído.  
 Otras limitaciones: \_\_\_\_\_
5. Medicamentos prescritos y dosificación: \_\_\_\_\_
6. La(s) discapacidad(es) indicada(s) anteriormente es/son:  
 Permanente/Crónica     Temporal:    \_\_\_\_\_ Días    \_\_\_\_\_ Semanas    \_\_\_\_\_ Meses
7. Facilidades recomendadas: \_\_\_\_\_
8. Esta discapacidad:                       se puede observar                       no se puede observar

Si completa esta forma alguien que no sea el profesional que hizo la diagnosis entonces también se debe indicar debajo el nombre y la dirección de la persona que hizo la diagnosis

Nombre del Profesional Certificado (en letra de imprenta)	Título	Firma
Dirección	Teléfono	

Por favor envíelo por fax al: (619) 482-6511 o por correo a: Disability Support Services, Southwestern College  
 900 Otay Lakes Road, Chula Vista, CA 91910