



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

Parte A: Estudiante: escriba la información del médico

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 VP (619) 207-4480. Gracias por su ayuda y por tomar el tiempo de su horario para proporcionarnos esta información.

Sinceramente,

Dr. Stephen Brown

Provisional Directora de Servicios de Apoyo a Discapacitados (DSS)



SERVICIOS DE APOYO A DISCAPACITADOS
Forma de Verificación de discapacidad: Partes B Y C

Parte B: esta sección debe ser completada por el estudiante

Nombre _____ Student ID _____
Apellido Nombre (Por favor escriba en letra de imprenta)

Dirección: _____
Dirección de la Calle Ciudad Código Postal

del Expediente
Fecha de Nacimiento: _____ Médico de Kaiser: _____ Teléfono: _____

Por medio de la presente autorizo la entrega de cualquier información confidencial para verificar mi discapacidad

Discapacidad identificada por el estudiante: _____

Firma del Estudiante _____ Fecha _____

Una vez que se haya procesado su solicitud sepa que puede tomar hasta dos semanas para que programe su cita de elegibilidad.

Parte C: esta sección debe ser completada por un médico certificado

1. Descripción de la(s) discapacidad(es): _____

2. Código DSM IV y gravedad (si aplica) _____

3. Fecha de la diagnosis: _____

Por favor marque con un círculo/escriba las limitaciones funcionales/educacionales:

- tomar pruebas, memoria, resolver problemas, tomar notas, proceso cognoscitivo, distrae fácilmente, poca concentración, dificultad en superar obstáculos inesperados, pánico en situaciones poco familiares, dificultad al formular y ejecutar un plan de acción, dificultad en enfocarse por largos períodos de tiempo, pérdida de la agudeza visual, estado de pérdida del oído, Otras limitaciones:

5 Medicamentos prescritos y dosis: _____

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

Medico Certificado (en letra de imprenta) Título Firma

Dirección Teléfono

fax: (619) 482-6511 o por correo a: Disability Support Services, Room 68-108, Southwestern College 900 Otay Lakes Road, Chula Vista, CA 91910