

**MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS****Autorización para la Evaluación de la Sección 504**

Oficina de Bienestar y Servicios Estudiantiles (*Office of Well-Being and Student Services*)  
 ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MONTGOMERY  
 Rockville, Maryland 20852

**PARTE I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

N.º de estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor(a) \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**PARTE II. TIPO DE EVALUACIÓN QUE SE AUTORIZA**

Marque cada categoría con Sí o No

Sí No

  Psicológica  Evaluación del Comportamiento Funcional (*Functional Behavioral Assessment, FBA*)  Auditiva  Otra (*por favor especifique*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARTE III. AUTORIZACIÓN**

Los criterios de elegibilidad bajo la *Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973)* requieren que un estudiante tenga un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una actividad importante de la vida. Para que las Escuelas Públicas del Condado de Montgomery (*Montgomery County Public Schools, MCPS*) evalúen la elegibilidad del estudiante bajo la *Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973*, doy permiso a los miembros del personal de MCPS para llevar a cabo actividades de evaluación. Doy permiso a la enfermera de la comunidad escolar o al auxiliar de la enfermería escolar para que se comunique con cualquier personal médico y comparta esa información con el miembro del personal designado (cuando sea necesario). Entiendo que al llevar a cabo actividades de evaluación, el personal designado revisará los expedientes escolares del estudiante; podría observar al estudiante; podría entrevistar al estudiante, al maestro del estudiante, o a mí; 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 estudiante al que el personal de MCPS podría acceder según la necesidad de conocerlos y que yo puedo autorizar que la información sea divulgada a otra agencia o profesional.

Firma, padre/madre/tutor(a) (o estudiante elegible) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autorización obtenida por: Nombre \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_