



Instrucciones para Completar la Verificación sobre la Diversidad Funcional

La Universidad de Puerto Rico en Cayey (UPR-C) provee modificación/acomodo razonable a estudiantes que tienen una diversidad funcional documentada en la Oficina de Servicios a Estudiantes con Impedimentos (OSEI). El propósito de este formulario es asistir al profesional cualificado/especialista para que pueda documentar la información relevante al impedimento/diversidad funcional para determinar la elegibilidad a los servicios de modificación/acomodo razonable. **Nota:** Este formulario sirve como una opción (no es la única opción) para proveer documentación sobre la diversidad funcional a la OSEI. Otros documentos aceptados incluyen: carta del especialista, reporte de diagnóstico, evaluación psicométrica/psicoeducativa, entre otros documentos.

Para completar este documento debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. La persona que complete este formulario debe ser un profesional de la salud que (1) debe estar cualificado para evaluar y diagnosticar la condición del estudiante, y/o (2) es parte del plan de tratamiento del estudiante previo al diagnóstico del estudiante. Estos profesionales están generalmente entrenados, certificados o licenciados para diagnosticar y/o tratar condiciones médicas. Algunos ejemplos pueden ser: psiquiatra, psicólogos, optómetras, audiólogos, entre otros.
2. Favor de completar todas las partes de este formulario que le sea posible. Aquella información inadecuada, no legible o espacios incompletos podría retrasar el proceso de elegibilidad, ya que requerirá contacto con el profesional para clarificar la información.
3. El profesional puede incluir a este formulario otros documentos o información adicional que considere relevante para determinar las modificaciones/acomodos razonables en el escenario académico universitario. (Ej. Evaluación psicoeducativas, resultados de pruebas neuropsicológicas, audiogramas, Plan Educativo Individualizado (PEI), Plan 504, verificación de acomodo razonable de otras universidades).
4. Toda información brindada se mantendrá en completa confidencialidad en la oficina de OSEI y en el expediente electrónico del estudiante. Este formulario fue entregado por solicitud del estudiante.

Luego de completar este formulario deberá devolverlo al estudiante para ser entregado a la oficina de OSEI. Si usted tiene alguna duda o pregunta relacionado a este formulario puede llamarnos al (787) 738-2161 Extensión 2053, 2537 o osei.cayey@upr.edu.

Gracias por su apoyo.

VISUAL VERIFICATION FORM

The diagnosing professional must be a physician or other medical specialist with experience and expertise in the area related to the student's disability. Form can be handwritten but please be clear and neat.

Student Name: _____

Student Number: _____

SECTION I MEDICAL EXAMINATION

Visual Acuity Snellen notations (20 feet for distance; 16 inches for reading):

Distance	Without glasses:		With best correction:		Percentage loss with correction:	
	R	L	R	L	R %	L %
Reading	Without glasses:		With best correction:		Percentage loss with correction:	
	R	L	R	L	R %	L %
Refraction Record	Sphere:		Cylinder:		Axis:	
	R	L	R	L	R	L

Is the difference in spherical correction of the two eyes more than 3 diopters? Yes No

Visual Field: (If restricted or if scotomata are presented describe in pathology)	Normal: _____	Restricted: _____	Method used: _____
Muscle Function: (If restricted describe under pathology)	Normal: _____		Restricted: _____
Binocular Function:	Does patient have useful binocular vision in all direction? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Distance: _____ Near: _____ Depth: _____		

Color Perception: Normal Not Normal Color blind: which colors? _____

Method Utilized: _____ Intra-ocular tensions: Within expected parameters _____
Not within expected parameters _____

Please briefly comment on this patient's ambulation skills and capabilities: _____

SECTION II DIAGNOSIS

Eye Pathology	Primary Condition: _____
	Secondary Condition: _____

Primary and contributory causes of condition: _____

Characteristics of condition: Stable Progressive Improving Recurrent Permanent

Accommodative skills: (at near point, with and without lenses) _____

Oculomotor skills: [saccades, pursuits, tracking (rate nystagmus)]

SECTION III PROGNOSIS AND RECOMMENDATIONS

Prognosis of the condition: _____

Treatment recommended:
(medical or other therapies) _____

Functional limitations: Yes No Describe if yes: _____

Coexisting conditions: (provide details about any coexisting medical or psychiatric conditions, please include relevant reports)

Past accommodations: Yes No (please describe if yes) _____

Suggested accommodations: (please list specific academic accommodations you suggest based on your assessment of student clinical and academic history and diagnosis)

Technology (was the student given an assistive technology evaluation?) Yes No If so, please attach report

What technology has been utilized in the past? _____

Please list any technology related accommodations _____

Provide a detailed description of (1) how the individual's condition/impairment affects his or her reading ability and (2) why each recommended accommodation is needed. Your recommendation should not be supported solely by a history of prior accommodation. You can prepare a narrative in a separate sheet of paper.

Examiner's Name and Title

Signature

License/Certification Number

Date