



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.

DISABILITY VERIFICATION FORM MEDICAL/MOBILITY

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's Name: _____

Student's ID Number: _____

EVALUATION

Date of last evaluation _____

How did you get at this diagnose? Please check all relevant items below, add brief notes that you understand will help to determine eligibility for accommodations. (Specify dates of test's given)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Structured or unstructured interviews with student | <input type="checkbox"/> Behavioral observations |
| <input type="checkbox"/> Interview with other person (parent, teacher, therapist) | <input type="checkbox"/> Neuropsychological test (Attach copy document) |
| <input type="checkbox"/> Medical evaluation (X-RAY, lab work, EKG, etc.) | <input type="checkbox"/> MRI |
| <input type="checkbox"/> Psychoeducational test (Attach copy document) | <input type="checkbox"/> Other specify _____ |

Evaluation notes _____

Functional limitations: Yes No Describe if yes: _____

Please describe in detail any functional limitations that fall into the significant range. _____

Please list current medications and treatment history. Medication management Physical/Occupational therapy

Medication side effects: _____

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)

Severity of symptoms: Mild Moderate Severe

Prognosis of disorder: Mild Moderate Severe

The prognosis for the medical condition or disability above is:

- Permanent/Chronic Long term: 6/12 months
 Short term/Temporary: 6 months or less Expected duration: _____
 Episodic (please describe below) _____

Please provide any additional information you feel useful in determining the nature and severity of the student's disability 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.

Functional Impact Assessment:

Please complete the following: Limitation is: 1= Unable to determine 2= Mild 3= Substantial

1	2	3	Major Life Activity
			Caring for oneself
			Talking
			Hearing
			Breathing
			Seeing
			Walking/Standing
			Lifting/Carrying
			Sitting
			Performing manual tasks
			Eating
			Working
			Interacting with others
			Sleeping

1	2	3	Major Academic Activity
			Learning
			Reading
			Writing
			Spelling
			Calculating
			Concentrating
			Memorizing
			Listening
			Other:

Examiner's Name and Title

Signature

License/Certification Number

Date