

Servicios para discapacitados: Criterios de documentación

El futuro profesional debe proporcionar documentación que demuestre una garantía creíble de un problema de discapacidad. La documentación debe respaldar directamente la solicitud de adaptaciones del futuro profesional. La documentación debe ser de un proveedor médico (como un médico, psicólogo, psiquiatra, etc.) o de servicios de pruebas (como la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler y otras pruebas).

La documentación debe indicar la discapacidad específica y mostrar la causa por la cual la discapacidad de un Futuro Profesional limita significativamente su capacidad para completar sus metas educativas en la Escuela. La documentación debe incluir un resumen de las limitaciones funcionales del Futuro Profesional para que la Escuela determine las adaptaciones apropiadas. La documentación presentada debe ser actual y reflejar una fecha dentro de los últimos doce meses; si el documento tiene una antigüedad mayor a doce meses, el Futuro Profesional deberá aportar documentación vigente de un profesional idóneo. La documentación se mantiene archivada en la Oficina del Coordinador de ADA para uso de verificación.

Para uso de verificación, la documentación debe estar imprimida con la firma oficial correspondiente e información de contacto del centro asociado (se prefiere el membrete oficial). No aceptamos documentación escrita a mano o presentada en una nota de prescripción. Estos documentos se escanean en una parte protegida de su registro permanente y, por lo tanto, deben ser legibles y claros.

La documentación se puede enviar al Coordinador de ADA por correo electrónico danielleg@parisian.paulmitchell.edu, o por entrega en mano al Coordinador de ADA en la Escuela.

La Escuela no proporcionará adaptaciones hasta que se proporcione y revise la documentación adecuada.

Una vez recibida la documentación, se revisará. Si la documentación aportada no cumple con los requisitos de la Escuela, no será aceptada como documentación oficial. Los futuros profesionales recibirán un aviso y se les pedirá que proporcionen documentación de respaldo alternativa. El Coordinador de ADA puede comunicarse con el proveedor de tratamiento para obtener aclaraciones durante el proceso interactivo. La documentación se mantiene archivada en la Oficina del Coordinador de ADA para uso de verificación. A los futuros profesionales que soliciten adaptaciones adicionales después de su aprobación inicial se les puede solicitar que proporcionen documentación adicional.

Puede enviar su documentación al Coordinador de ADA por correo electrónico o entrega en mano.

Email: danielleg@parisian.paulmitchell.edu,

Si tiene más preguntas, por favor contacte: [ADA COORDINATOR'S NAME] en (201) 881-8126 .

Gracias,

Parisian Beauty Academy

INFORMACIÓN DEL FUTURO PROFESIONAL
(Debe ser completada por el Futuro Profesional)

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Estatus (marque uno): Actualmente inscrito Transferido Posible Futuro profesional

Phone: (_____) _____ - _____ Email: _____

*Autorizo a la siguiente persona u organización a dste documento al
ADA Compliance Coordinator at Parisian beauty Academy:*

Nombre/Título: _____ el número telefónico: (_____) _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Fecha: _____ Código Postal: _____

Firma del Futuro Profesional: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO
(Debe ser completada por un médico/especialista)

- ❶ Favor de especificar el diagnóstico o la discapacidad específica. Para discapacidades psicológicas, indique tanto el nombre del diagnóstico y la taxonomía diagnóstica que se utilizó.

Taxonomía de diagnóstico utilizada: DSM (IV-TR or 5) ICD (9 or 10)

Si aplica, por favor califique el nivel de severidad del diagnóstico del Futuro Profesional:

Leve Moderado/a Severo

Duración de la condición: Permanente Temporal (especifique el período de tiempo): _____

- ❷ ¿Cómo llegaste a tu diagnóstico? Por favor, marque todos los temas relevantes a continuación. Si corresponde, adjunte los informes de diagnóstico y/o resultados de pruebas administrados para determinar el diagnóstico.

Observación del comportamiento/Historial de desarrollo

Pruebas neuropsicológicas, fecha(s) de prueba

Historial medico

Pruebas psicoeducativas, fecha(s) de prueba

Escalas de calificación (ejemplo, CAARS, escalas Brown ADD para adultos)

Entrevistas estructuradas/no estructuradas del Futuro profesional

Otro (especificar): _____

Para ser completado por un médico/especialista.

③ Indique el nivel de impacto que la discapacidad del futuro profesional puede tener en la limitación de las actividades principales de la vida:

Actividad de Vida Impacto Sustancial	Ningún impacto	Impacto Insignificante	Impacto Moderado	Impacto Sustancial	N/A
Asistir a clase regularmente					
cuidar de uno mismo					
Comunicarse					
concentrar					
Oír					
Interacción con otros					
Interactuar socialmente					
Aprendizaje					
Hacer/mantener citas					
Controlar las distracciones					
Controlar el estrés					
Cumplir con fechas de plazos					
memorizar					
Organizar					
Realizar labores manuales					
Leer					
Ver					
Dormir					
Pensar					
Escribir					
Otro: _____					
Otro: _____					
Other: _____					

Para ser completado por un médico/especialista.

4 Para las actividades de vida marcadas en la página anterior, proporcione una explicación de las funciones impactadas de la limitación en un entorno académico..

5 Si aplica, describa el historial relevante de remediación (por ejemplo, medicamentos actuales, efectos secundarios de medicamentos, otros planes de tratamiento y su eficacia).

6 Favor de hacer una lista de las recomendaciones de adaptaciones que tiene para este futuro profesional en un entorno académico, si es aplicable. (Tenga en cuenta que las recomendaciones se considerarán en el proceso interactivo; sin embargo, las decisiones finales serán determinadas por el personal de la escuela.)

7 Por favor proporcione cualquier información adicional que crea que sería útil saber para trabajar con este Futuro Profesional.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Doy fe de la exactitud de la información contenida en este documento. Además, entiendo que la información provista en este documento pasará a formar parte del registro del Futuro Profesional, sujeto a la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) de 1974, y puede ser divulgada al Futuro Profesional previa solicitud por escrito.

Nombre del proveedor (letra de imprenta): : _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Título: _____ Número de licencia o certificación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: : _____

Teléfono: (_____) _____ - _____ Fax: (_____) _____ - _____

Por favor correo, email, o entregar personalmente este formulario completo a:

ADA Compliance Coordinator Danielle Guadarrama at Parisian Beauty Academy

21 Passaic Street, Hackensack, NJ 07601

Phone: (201) 881-8126 • Email: danielleg@parisian.paulmitchell.edu